

**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Curso de Graduação em Enfermagem**

**Desmitificando a Doença Cardiovascular:  
Educação em saúde como suporte para o autocuidado**

**Aline Costa da Silva**

**Gisele Germano Torres**

**Katiuscia Graziela Pereira**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0383  
Autor: Silva, Aline Costa  
Título: Desmitificando a doença cardiovascular



972518947 Ac. 241659

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0383  
Ex.1

**Florianópolis, novembro de 2004.**



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Curso de Graduação em Enfermagem**

**Desmitificando a Doença Cardiovascular:  
Educação em saúde como suporte para o autocuidado**

**Aline Costa da Silva  
Gisele Germano Torres  
Katiúscia Graziela Pereira**

**Trabalho de Conclusão do Curso Apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina, para  
obtenção do Título de Enfermeiro.**

**Orientadora: Miriam Süsskind Borenstein  
Supervisoras: Dione Duarte Junckes  
Marli Beninca**

**Primeiro Componente da Banca:  
Maria Bettina Camargo Bub**

**Florianópolis, novembro de 2004.**



## *Nossos Agradecimentos*

Ao chegarmos ao final do Curso de Graduação em Enfermagem, agradecemos aqueles que de alguma maneira contribuíram para que este trabalho se tornasse uma realidade.

Em especial agradecemos:

A **Deus**, pelo dom da vida, por ter iluminado nossos caminhos e por nos ter feito entender nossa vocação.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, por nos preparar para um futuro profissional.

À orientadora **Miriam Süsskind Borenstein**, pelas críticas que nos fizeram superar nossos próprios limites, contribuindo para nosso crescimento profissional.

Às professoras **Maria Bettina Bub** e **Evanguelia Kotzias A. Santos**, pela disposição, carinho e atenção oferecidos. Obrigada por terem suavizado nossa caminhada!

Ao **Instituto de Cardiologia de Santa Catarina**, em especial, à Enfermeira **Maritê Argenta** por ter nos recebido com carinho e disponibilidade.

Às supervisoras **Dione Duarte Junckes** e **Marli Beninca**, por nos acolher e compartilhar de nossas idéias. Obrigada por nos apoiarem e acreditarem em nosso trabalho.

Aos **Clientes e Familiares**, que tivemos a oportunidade de conviver durante a vida acadêmica, em especial, os que fizeram parte deste trabalho, pela paciência, confiança, compreensão e por nos receberem com afeto. Vocês contribuíram muito para nosso crescimento pessoal.

A toda **Equipe da Unidade B**, principalmente a de Enfermagem, que contribuíram para o aperfeiçoamento de nossas habilidades e para a construção deste trabalho.

À nutricionista **Ticiane** e à assistente social **Vivian**, pela colaboração, ensinamentos e troca de experiências. Parabéns pelo excelente trabalho que realizam na instituição!

A toda **Equipe do Setor de Hemodinâmica**, em especial, à Enfermeira **Mercânia**, pela atenção com que nos recebeu durante todo o período de estágio.

A toda **Equipe do Setor de Medicina Nuclear**, em especial, à Enfermeira **Elke** e ao físico **Octávio**, por terem nos contagiado com a paixão pelas suas profissões e pelo brilhante trabalho que realizam na instituição.

Aos profissionais de educação física da Reabilitação Cardíaca, **Cícero** e **Paulo**, pelo reconhecimento e valorização dados ao nosso trabalho. Obrigada pelas experiências oportunizadas!

À Enfermeira **Scheila**, da Unidade Coronariana, pela disponibilidade e atenção prestadas ao nosso trabalho.

À Enfermeira **Rosângela**, do Ambulatório Geral do ICSC, pelo estímulo à profissão e pelas contribuições dadas para o alcance desta conquista.

Ao **Tio do Estacionamento**, que nos isentou do pagamento do estacionamento durante todo o período de estágio. Valeu!!!



## *Meus Agradecimentos*

*Aline Costa da Silva*

Gostaria de agradecer aqueles que contribuíram de alguma maneira para a realização deste sonho. Em especial:

Ao meu incansável **Pai Norival**, razão da minha vida, motivo do querer continuar. Obrigada pelo amor incondicional, pelos conselhos, pelos desabafos, por me ouvir sempre, por acreditar em mim e apostar cegamente (mais do que eu mesma) no meu potencial. TE AMO, TE AMO, TE AMO!!!

Ao meu adorável **irmão Alisson**, por ser um exemplo como profissional: dedicado, engajado na causa e motivador fundamental na minha caminhada. Mano TE AMO!!

Ao meu **marido Vantuir**, que mais que companheiro, foi um amigo paciente, persistente e grande incentivador durante a graduação. Por me emprestar seu ombro acolhedor e sonhar comigo um futuro melhor para nossos futuros filhotes. TE AMO MUITO!!!

Ao meu **afilhado Carlos Gustavo**, que apesar da pouca idade, me faz sentir uma eterna adolescente. Viva e com energia, fundamental para essa árdua profissão. TE ADORO CHÉRINHO!!! e a minha inocente **priminha Ana Carla**, que inconscientemente sempre me viu como uma enfermeira. Aquela que sempre tinha um remedinho “mágico” ( um gelinho que fosse!) para cada machucado novo adquirido. TE ADORO PRINCESA!!!

As minhas **colegas de TCC Gisele e Katiuscia**, por compartilharem comigo a realização deste sonho. Obrigada pelo apoio e paciência!!! Em especial, a minha **amiga Gisele**, por ser em muitos momentos mais que amiga. Obrigada pela confiança em mim depositada, e por dividir comigo seus desafios e suas vitórias. Valeu amiga! Somos vencedoras da vida. TE AMO!

E finalmente, àquela que foi a responsável por essa caminhada: **minha mãe**, que não está mais entre nós fisicamente, mas que com certeza nunca me abandonou durante o transcorrer deste percurso. Pela educação exemplar, pelo carinho, puxões de orelhas e pela força de vontade de viver, que me inspiram (até hoje) a continuar a lutar e a encarar as adversidades da vida. Sinto muito a sua falta. TE AMAREI SEMPRE!!!

## *Meus Agradecimentos*

*Gisele Germano Torres*

Agradeço ao meu pai, **Antônio**, pelo amor e pelos conselhos sempre sábios. Sua serenidade e paciência me deram força e incentivo para lutar pelos meus sonhos. Sua vida é modelo para a construção da minha.

À minha “super-poderosa” mãe, **Áurea**, pelo seu bom humor e auto-estima que contagiavam todos que acercam. Pelo carinho e ternura com que sempre me recebeu nos fins de semana e por não me deixar desistir quando não queira mais voltar.

**PAI, MÃE!** Sei que vocês se sacrificaram muito para que eu chegasse aqui. Muito obrigada pelo apoio e pela confiança em mim depositada. Vocês são meus tesouros e eu tenho muito orgulho de ser sua filha!!!

Agradeço aos meus irmãos, **Luciana** e **Daniel**, por estarem sempre por perto para me ajudar e me fazer rir das dificuldades. Nossas diferenças é que nos tornam especiais, amo muito vocês!

Ao meu irmão, **KKU**, e minha cunhada, **Vilza**, que mesmo distantes contribuíram significativamente nesta caminhada e sempre foram grande incentivadores. Obrigada pelas longas horas de desabafo no telefone. Te amo, maninho! **Fale comigo Goose!!!**

Aos meus amados sobrinhos, **Giovanna** e **Luís Felipe**, que com seus sorrisos espontâneos renovaram em mim a certeza e a esperança de um amanhã mais bonito. Vocês são meus anjinhos e eu os amo muito!

Ao meu amado e compreensível noivo, **Cleverton**, por me dar forças para continuar quando a saudade era insuportável. Obrigada pela dedicação, pelas noites sem dormir só para cuidar de mim e me ajudar nos trabalhos. Seu amor me fortaleceu e me fortalece todos os dias. Eu te amo demais, **TIGRÃO!!!**

Um agradecimento mais que especial, à uma grande amiga, **Bia**, que mais que uma cunhada foi uma irmã. Infelizmente, Deus a levou de nós cedo demais. Tenho certeza que assim como ela só trouxe coisas boas a este mundo, onde quer que esteja, estará fazendo o mesmo. **Bia**, você sempre foi uma vencedora e sempre será um exemplo de vida. Estamos todos morrendo de saudades. Fica com Deus.



## *Meus Agradecimentos*

*Katiuscia Graziela Pereira*

Aos **meus pais** agradeço pela “*vida*” e peço desculpas pelos momentos conflituosos. Sinto muito por não conseguir demonstrar meu amor, mas hoje quero que saibam que vocês fizeram, fazem e farão sempre parte da minha história porque amo vocês... Esta vitória dedico a vocês!!!!

Aos meus irmãos **Michele, Matheus e João Vitor** por fazerem parte da minha existência. Obrigada por todo barulho, forró, filmes, praia ... Vocês são muito especiais para mim!

A **Tê, Kalé, Mano, Wagner e Thiago** agradeço por terem me recebido na família com amor, carinho e amizade, permitindo que me tornasse um dos seus ao compartilhar os momentos mais alegres. É sublime a importância de vocês em minha vida!!!! Eu os estimo e preciso de vocês.

Aos verdadeiros amigos **Elis e Wagner** por todo carinho e reconhecimento e confiança. Agradeço, especialmente, por terem me oportunizado a experiência ímpar de ser madrinha de dois pequenos *anjos*.

Aos pequenos *anjos* **Vitória e Isadora** pelas alegrias proporcionadas. Meu mundo é mais doce e terno porque vocês existem!!!!

A **Alci e Toninho** agradeço pelo cuidado, amor, amizade e dedicação. Gostaria de encontrar outra forma de lhes falar o quanto vocês são importantes para mim, mas as palavras pouco possibilitam isso. É um grande privilégio poder contar com a amizade de vocês!!!!

A todos os amigos que em algum momento entraram em minha vida. Especialmente a **Kreize** que está sempre de braços abertos para me amparar quando mais preciso.... Obrigada!

A toda a equipe da **Microbiologia** pela compreensão, aprendizado e amizade. Obrigada pela flexibilidade dos horários, que me permitiram concluir o curso de Enfermagem. Nos últimos anos, convivi e aprendi muito com vocês!

Ao **Robson** agradeço pelo “*Amor e cumplicidade*”. Respirei mais feliz enquanto estivemos juntos....



## *Águia Pequena*

*"Tu me fizestes uma das tuas criaturas com ânsia de amar.  
Águia pequena que nasceu para as alturas com ânsia de voar.  
E eu percebi que minhas penas já cresceram, e que eu preciso  
abrir as asas e tentar.*

*Se eu não tentar não saberei como se voa.*

*Não foi à toa que eu nasci para voar.*

*Pequenas águias correm o risco quando voam, mas devem  
arriscar.*

*Só que é preciso olhar os pais como eles voam e aperfeiçoar.*

*Haja mau tempo, haja correntes traiçoeiras.*

*Se já tem asas o destino é voar.*

*Tem que sair e regressar ao mesmo ninho.*

*E outro dia, outra vez recomeçar.*

*Tu me fizeste amar o risco das alturas, com ânsia de chegar.*

*E embora eu seja igual as outras criaturas, não sei me rebaixar.*

*Não vou brincar de não ter sonhos, se eu os tenho.*

*Sou da montanha e na montanha vou ficar.*

*Igual meus pais, vou construir também meu ninho.*

*Mas não sou águia se lá em cima eu não morar.*

*Tenho uma prece que eu repito suplicante, por mim, por meu  
irmão, dá-me esta graça de viver a todo instante, a minha  
vocação,*

*Eu quero amar um outro alguém do jeito certo.*

*Não vou trair meus ideais para ser feliz,*

*Não vou descer, nem jogar fora o meu projeto. Vou ser quem  
sou e sendo assim serei feliz".*





## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>II OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
<b>III MARCO TEÓRICO</b>	<b>18</b>
3.1 Teoria Geral do Autocuidado	19
3.2 Pressupostos da Teoria de Orem	19
3.3 Pressupostos Pessoais	20
3.4 Teoria do Autocuidado	21
3.5 Teoria do Déficit do Autocuidado	26
3.6 Teoria de Sistemas de Enfermagem	27
3.7 Conceitos Relacionados ao Estudo	28
3.7.1 Ser Humano	28
3.7.2 Sociedade	29
3.7.3 Saúde	29
3.7.4 Desvio de Saúde	30
3.7.5 Enfermagem	30
3.7.6 Educação em Saúde	31
3.7.7 Mitos	32
3.7.8 Família	33
3.7.9 Grupo de Convivência	33
3.8 Processo de Enfermagem	33
<b>IV METODOLOGIA</b>	<b>35</b>
4.1 Cenário do Estudo	35
4.2 Contextualizando a Unidade de Atuação	36
4.3 Sujeitos do Estudo	38
4.4 Planejamento das Ações	41
4.5 Operacionalizando o Processo de Enfermagem	45
4.6 Considerações Éticas	46
4.7 Cronograma Geral das Atividades	47

<b>V REVISÃO DE LITERATURA</b>	50
5.1 Anatomia e Fisiologia do Coração	50
5.2 Fatores de Risco para as Doenças Cardiovasculares	57
5.3 Doenças Arteriais Coronarianas Trabalhadas	64
5.3.1 Angina	64
5.3.2 Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	68
5.4 Cirurgia de Revascularização Miocárdica	72
 <b>VI RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL</b>	 75
6.1 Objetivo 1	75
6.1.1 Setor de Hemodinâmica	76
6.1.2 Setor de Medicina Nuclear	79
6.1.3 Ambulatório	83
6.1.4 Unidade Coronariana (UCO)	85
6.2 Objetivo 2	87
6.3 Objetivo 3	87
6.4 Objetivo 4	95
6.5 Objetivo 5	105
6.5.1 Programa de Reabilitação Cardíaca	106
6.5.2 Grupo de Orientação para Alta	
Hospitalar / Pós-Operatório	110
6.5.3 Grupo da Família	112
6.6 Objetivo 6	115
6.7 Atividades Realizadas não Previstas	117
 <b>VII CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	 121
 <b>REFERÊNCIAS</b>	 123
 <b>ANEXOS</b>	 128
 <b>APÊNDICES</b>	 163



## RESUMO

O presente trabalho relata nossa vivência, enquanto acadêmicas da VIII Unidade Curricular, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, na disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada. Teve como principal objetivo assistir pessoas acometidas por distúrbios cardiovasculares a fim de encorajar o autocuidado e desmitificar a doença cardíaca. A prática assistencial foi desenvolvida na Unidade de Internação B, do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) no período de 30 de agosto a 30 de outubro de 2004. Utilizamos como marco teórico a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem e como conceitos norteadores: ser humano, sociedade, saúde, desvio de saúde, enfermagem, educação em saúde, mitos, família e grupo de convivência. Realizou-se durante o período de estágio sete processos de Enfermagem baseados na teoria do autocuidado, contendo as seguintes etapas: histórico, diagnóstico de Enfermagem, plano de ação e evolução; três atividades de educação em saúde com clientes, acompanhantes e profissionais de saúde; participação no Programa de Reabilitação Cardíaca, da Família e de Pré-Alta. Todos os objetivos propostos foram alcançados plenamente, pois conseguimos realizar todas as atividades planejadas no projeto assistencial, além de outras não previstas como: elaboração de dois *folders* sobre alimentação e tabagismo; cartazes educativos sobre estresse, alimentação, atividade sexual e fumo; uma atividade ao Programa "Palhoça Ativa"; participação de um treinamento sobre Assistência de Enfermagem no Quarto Terapêutico. Com este trabalho identificamos o quê leva os clientes com problemas cardiovasculares a apresentarem déficits de autocuidado é principalmente a falta de conhecimento e os mitos gerados acerca de seu problema de saúde. Percebemos que esta vivência oportunizou experiências significativas para nossa formação acadêmica e crescimento pessoal, além de contribuir para a capacitação dos clientes, tornando-os protagonistas do seu próprio cuidado.



## I. INTRODUÇÃO

*“Para um grande sonho tornar-se verdadeiro, a primeira condição é ter uma grande capacidade de sonhar; a segunda é a perseverança – a fé no sonho” (Hans Selye, M.D.).*

A população brasileira vive duas grandes transformações, que implicam em mudanças de visão frente ao setor de saúde. A primeira caracteriza-se pelo crescimento do número de idosos na população, devido ao aumento da expectativa de vida. A segunda, trata-se do crescente predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em relação às doenças infecciosas e parasitárias (DIP), caracterizando assim uma transformação epidemiológica (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO – SOCESP, 1997).

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, e nos idosos em particular. Contudo, não há uma única causa para estas doenças, mas vários fatores de risco interrelacionados, que possibilitam o aumento da probabilidade de sua ocorrência (SOCESP, 1997).

No Brasil, a partir do século XX, ocorreu uma mudança progressiva no perfil de mortalidade. As doenças infectoparasitárias, que figuravam como as principais causas de morte, perderam sua hegemonia para as DCV responsáveis hoje, por cerca de um terço das mortes na população brasileira.

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde (MS, 2001), as DCV representaram, em 1998, o segundo contingente de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e apresentaram um índice de 32,9% de óbitos, nesse mesmo ano.

Em Santa Catarina, as internações por DCV de pessoas com mais de 65 anos, corresponderam a 30,8% do total, sendo que 46,18% dos óbitos ocorridos no ano de 2000, foram causados por estas doenças (MS, 2001).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de São José, 38,7% dos óbitos neste município, foram ocasionados por Infarto Agudo do Miocárdio (MS, 2001).

Desta forma, percebe-se que estas doenças se constituem em um grave problema de saúde pública e tem sido fonte de preocupação entre as autoridades sanitárias, em consequência do alto índice de morbimortalidade, necessitando assim, de uma maior atenção da saúde pública a fim de que se possa investir, principalmente, na prevenção primária e no controle dos fatores de risco.

Sabe-se que o coração é visto por muitas pessoas como órgão vital mais importante do corpo humano e reconhecido desde o início da Medicina como o centro das emoções. Segundo Oliveira e Ismael apud Lamosa (1992), Hipócrates e seus discípulos (460 – 377 a.C.) acreditavam que o coração não podia ficar doente, porque seria incompatível com a vida. Aristóteles (384 – 322 a.C.) advertia que o coração era o último órgão a morrer.

Ainda hoje, o coração é foco freqüente de queixas de fundo emocional, pois além de apresentar uma resposta real ao estresse psicológico, a ele atribuem-se vários significados simbólicos, gerando uma gama de mitos acerca das DCV.

Olhar o cliente de maneira mais ampla possível é o grande desafio para os profissionais de saúde, não se atendo somente aos traçados gráficos e imagens que a tecnologia proporciona. Deste modo, o significado simbólico atribuído ao coração não pode ser menosprezado, porque é através dele que os aspectos emocionais e culturais, sempre presentes nas DCV, podem ser melhores compreendidos.

De acordo com Porto (1998), não há porque estranhar a estreita relação entre os distúrbios emocionais e as DCV, pois estas são alimentadas por mitos, cultos religiosos, símbolos afetivos, incluindo o que temos de mais importante na vida – o amor, a fé e a própria sobrevivência.

Um dos mitos mais comuns, que cercam os clientes com problemas cardiovasculares, refere-se à sexualidade. Segundo Steinke e Patterson-Midgley apud Smeltzer e Bare (2002), pouco tem sido questionado sobre a vida sexual dos clientes que apresentam distúrbios cardiovasculares e também quase não são fornecidas informações adequadas para auxiliá-los a retomar uma vida sexual

efetiva. Os autores afirmam ainda que o medo de outra crise cardíaca, da dor precordial, da impotência, da depressão e de morte súbita, são os motivos mais comumente citados que justificam modificações na vida sexual destes clientes.

Outros mitos referem-se à incapacidade diante das atividades de vida diárias (AVD), como, a alimentação, a atividade física, realização da atividade profissional, entre outros. Todos esses mitos podem interferir de modo negativo na forma de vivenciar o problema de saúde.

Sabe-se que muitas DCV possuem caráter crônico, o tratamento consiste não só em minimizar os sintomas, mas trabalhar com as incapacidades e buscar adaptações em relação às mudanças que uma doença crônica produz na vida das pessoas atingidas e de seus familiares. Os profissionais da saúde devem fornecer subsídios por meio de educação que permitam aos envolvidos refletirem e optarem por serem protagonistas do seu cuidado.

Tendo em vista que, em nosso meio, as DCV apresentam alto índice de morbimortalidade, que os clientes acometidos por estas doenças representam um grande número das internações hospitalares e que esses necessitam de informações a respeito de sua doença, principalmente no que se refere às crenças e mitos acerca das DCV, optamos por trabalhar na área de Cardiologia, especialmente com clientes acometidos com Doenças Arteriais Coronarianas (DAC) - Infarto Agudo do Miocárdio e Angina - uma vez que durante o curso de graduação, percebemos que estes clientes e seus familiares necessitavam de cuidados específicos.

Neste contexto, decidimos utilizar a Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem como norteadora de nossa proposta, pois este referencial permitiu-nos olhar para as pessoas acometidas com distúrbios cardiovasculares de forma singular, reconhecendo seus *déficits*, valorizando suas capacidades e potencialidades para o auto cuidar-se, promovendo e preservando sua saúde e contribuindo para que estas se tornassem protagonistas de suas vidas.

Optamos por realizar este trabalho no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), pois a instituição é a que melhor proporciona condições para desenvolvermos a prática assistencial, uma vez que é referência no Estado em assistência ao cliente com problemas cardiovasculares.

Durante o período de estágio no ICSC percebemos a importância de compartilhar com os clientes acometidos pelas DAC e seus familiares, o

planejamento e a implementação das ações de saúde, a fim de que os mesmos pudessem assumir gradativamente o seu autocuidado.

Por meio da assistência integral, com ênfase na educação em saúde, foi possível identificar os *déficits* de autocuidado, sensibilizar e encorajar os envolvidos a recuperar e preservar a autonomia, fortalecendo ações de autocuidado e oportunizando, com isso, melhorias na qualidade de suas vidas.

Entendemos assim que, o cliente por meio do conhecimento e compreensão de sua condição de saúde pode desenvolver ações de autocuidado para prevenir, retardar ou minimizar as possíveis complicações, bem como, gozar uma vida mais saudável.

Concretizamos nossa proposta assistencial cumprindo os seguintes objetivos, descritos no capítulo a seguir.



## II. OBJETIVOS

*“Às vezes só uma mudança de ponto de vista é suficiente para transformar uma obrigação cansativa numa interessante oportunidade” (Albert Flanders).*

### **2.1 Objetivo Geral:**

Assistir pessoas acometidas por Doenças Arteriais Coronarianas (DAC), como Infarto Agudo do Miocárdio e Angina, a fim de encorajar o autocuidado, com base em Dorothea E. Orem.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

1. Conhecer a estrutura física, os setores e os serviços do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.
2. Planejar, acompanhar e executar atividades assistenciais junto aos clientes com DAC, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Angina.
3. Avaliar o conhecimento já adquirido pelo cliente sobre a sua condição de saúde e os mitos envolvidos, identificando os *déficits* de competência para o autocuidado, principalmente no que se refere às DAC.
4. Desenvolver ações educativas junto aos clientes e seus familiares, visando trabalhar as dificuldades com aqueles que apresentarem *déficits* de competência para o autocuidado.



5. Participar das atividades dos grupos de apoio, já existentes no ICSC, oferecidos aos clientes e familiares, reafirmando o papel da Enfermagem em sua função educativa.

6. Ampliar os conhecimentos técnico-científicos relacionados à Enfermagem em Cardiologia.



### III. MARCO TEÓRICO

*“Tornar o seu trabalho especial é deixar de ser um profissional comum e se transformar em alguém que sabe ir além, cuidando com competência dos interesses de seus clientes e tendo uma atitude amorosa com eles” (Roberto Shinyashiki).*

O marco teórico caracteriza-se por “(...) um conjunto de definições e conceitos interrelacionados com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de um modo abrangente” (STEVENS apud por SANTOS, 1991, p.93).

O marco teórico é de suma importância para a prática profissional e para a pesquisa, pois serve de alicerce para efetivar a proposta de atuação, em especial, do exercício profissional. A teoria possibilita um olhar ilimitado do todo, tornando possível a elaboração de instrumentos para o levantamento, registro e avaliação do processo saúde-doença do cliente e do programa assistencial de Enfermagem oferecido a este.

Nas últimas décadas, a Enfermagem não mediu esforços no sentido de construir um conjunto de conhecimentos próprios, servindo de base à sua prática. Com isso, vários destes conhecimentos têm sido utilizados sob a forma de Teorias de Enfermagem.

As teorias contribuem na sistematização e organização das observações feitas na prática e na estruturação das ações, visando alcançar os objetivos determinados. De outro modo, a prática seria caótica e desintegradora (LEOPARDI, 1999).

Neste estudo, utilizaremos as definições e conceitos fundamentados na Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea E. Orem, direcionando a assistência a ser prestada às pessoas com Doenças Arteriais Coronarianas (DAC) e seus familiares.

A escolha pela Teoria do Autocuidado tem como base o fato de acreditarmos que esta contempla um conjunto de habilidades influenciadas por fatores como: idade, cultura, condições ambientais, estado de saúde, que, se realizado de forma efetiva, contribui para manter a integridade estrutural e funcional e para o desenvolvimento do ser humano, que vem ao encontro de nossa proposta, a de assistir pessoas com DAC.

### **3.1 Teoria Geral do Autocuidado**

Segundo Orem (1995), sua Teoria Geral de Enfermagem é desenvolvida por três teorias articuladas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do *Déficit* do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Ela estabelece que cabe a Enfermagem ajudar o cliente a identificar suas necessidades, *déficits* e desvios de saúde, auxiliando-o e estimulando-o na direção de autocuidado.

### **3.2 Pressupostos da Teoria de Orem:**

Em sua teoria, Orem estabeleceu os seguintes pressupostos:

- ♥ O autocuidado é uma necessidade universal dos seres humanos.
- ♥ O autocuidado é uma ação deliberada, que possui propósito, padrão e sequência e que busca metas e resultados.
- ♥ As atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence.
- ♥ As maneiras de encontrar as necessidades de autocuidado (processos, tecnologias e práticas de autocuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e os grupos sociais maiores.
- ♥ Os fatores individualizados como saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos, influenciam nas decisões e ações do autocuidado.

♥ Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimento sobre saúde, valores, atividades e crenças influenciam na saúde do indivíduo.

♥ A Enfermagem é um serviço de ajuda (OREM apud SANTOS, 1991).

### **3.3 Pressupostos Pessoais:**

♥ Os clientes com Doenças Arteriais Coronarianas (DAC) e seus familiares têm necessidade de desenvolver e preservar ações de autocuidado.

♥ O autocuidado desenvolvido pelos clientes com DAC consiste em ações conscientes ou não, muitas vezes com propósitos, metas e buscas por resultados.

♥ Crenças, hábitos, conhecimentos, habilidades prévias e a condição socioeconômica influenciam na aprendizagem das ações de autocuidado dos clientes com DAC, e devem ser respeitados pelos profissionais de saúde.

♥ Os modos de identificar as necessidades de autocuidado (processos, tecnologias e práticas de autocuidado) dos clientes com DAC se constituem em elementos socioculturais que variam de cliente para cliente.

♥ As decisões e ações de autocuidado dos clientes com DAC são influenciadas por fatores individuais como a história de vida, a idade, a estrutura sociocultural, o estado de saúde, a motivação e as habilidades psicomotoras.

♥ A troca de conhecimentos e experiências entre Enfermagem e o cliente com DAC, favorece o desenvolvimento de potencialidades e de capacidades e o encoraja para o autocuidado e autonomia.

♥ O fornecimento de informações adequadas sobre as DAC permite uma maior compreensão por parte dos acometidos por estas, ajudando-os a autocuidar-se e vivenciar melhor o seu processo de desvio de saúde.

♥ O papel da Enfermagem na assistência aos clientes com DAC consiste em identificar e trabalhar os *déficits* de autocuidado, educando e encorajando para as ações de autocuidar-se, considerando as potencialidades e limitações de cada cliente, promovendo assim, uma melhora na sua qualidade de vida.

Orem (1995), define e desenvolve sua Teoria Geral de Enfermagem, em três partes inter-relacionadas, descritas a seguir.

### 3.4 Teoria do Autocuidado

A Teoria do Autocuidado é a primeira parte da teoria geral de Enfermagem. Abrange a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica para o autocuidado, bem como os requisitos para o autocuidado.

Autocuidado é a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge o estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz. Autocuidado é empenho humano, comportamento aprendido que possui característica de ação deliberada (OREM apud SANTOS, 1991, p.103).

O conceito de autocuidado traz consigo um sentido ambíguo, uma vez que esta considera o autocuidado como o cuidado dispensado pela própria pessoa em seu benefício e como o cuidado realizado por outro em prol da saúde e bem-estar de alguém. Assim sendo, a amplitude do conceito do autocuidado de Orem, permite que a pessoa com DAC, quando impossibilitada de ser o agente do seu cuidado, recorra a um outro agente do cuidado, como por exemplo, profissionais da saúde, familiares, entre outros (ALVAREZ, 1990).

Orem enfatiza a competência para o autocuidado como potencial do indivíduo para engajar-se no próprio autocuidado, cuja competência ou capacidade varia de acordo com o seu desenvolvimento individual, estado de saúde, educação, experiência de vida e influências sócio-culturais, entre outras (OREM apud LANGE, 1997).

Esta competência é representada por um conjunto de componentes físicos, cognitivos, afetivos e ambientais, os quais embora categorizados distintamente se apresentam articulados de forma dinâmica, interdependente e inter-relacionada.

Para Orem tal competência requer tanto o aprendizado como o uso do conhecimento já existente, além de persistente motivação e habilidade (OREM apud ALVAREZ, 1990).

Neste estudo, o autocuidado do cliente com DAC requer à capacidade deste em exercer de forma consciente, responsável e eficaz, ações de cuidar de si, objetivando a recuperação e manutenção de sua saúde e bem-estar. Neste sentido, a Enfermagem tem um papel fundamental como uma força persistente motivadora e

educadora nas ações de autocuidado, considerando o conhecimento prévio dos clientes e de seus familiares, compreendendo suas limitações e descobrindo novos caminhos para viabilizar o autocuidado.

Em consonância com Orem, os requisitos para o autocuidado são essenciais ao modelo de Orem, uma vez que representam um dos principais componentes deste. Os requisitos de autocuidado estão categorizados em três tipos: universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Cada um desses representa uma categoria de exigências a serem satisfeitas pelos ou para os indivíduos em consequência de suas necessidades como seres humanos (OREM apud LANGE, 1997).

• ***Requisitos de Autocuidado Universais:*** são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, englobando aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais essenciais à vida. Orem (1995), identifica os requisitos de Autocuidado como:

- ♥ A manutenção de ingestão suficiente de ar.
- ♥ A manutenção de ingestão suficiente de água.
- ♥ A manutenção de ingestão suficiente de alimento.
- ♥ A provisão de cuidado, associado a processos de eliminação e excreção.
- ♥ A manutenção do balanço entre a atividade e o repouso.
- ♥ A manutenção de um equilíbrio entre ficar só e interação social.
- ♥ A prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano.

♥ A preservação do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo humano de sentir-se “normal”. Normalidade é utilizada no sentido do que é essencialmente humano e aquilo que está de acordo com as características genéticas e constitucionais, de acordo com o padrão social que cerca os indivíduos.



**Conjunto de Ações Gerais para os Requisitos de Autocuidado Universal, por Orem (1995):**

**1. Ar, Água e Alimento:** são os recursos essenciais para o metabolismo e produção de energia do organismo.

a) Estabelecer a quantidade exigida de cada recurso solicitado para um funcionamento normal, com ajustamento dos fatores externos e internos que podem afetar o exigido.

b) Preservar a integridade das estruturas anatômicas e processos psicológicos.

c) Apreciar as experiências prazerosas de respirar, beber e comer, sem abusos.

**2. Eliminações e Excreções:** a provisão de cuidados efetivos associados aos processos de eliminação e excreção deve assegurar a integridade desses processos e suas regulações, além de um efetivo controle dos materiais eliminados.

a) Fornecer e manter condições, internas e externas, necessárias para a regulação dos processos eliminatórios.

b) Orientar os processos de eliminação (incluindo proteção das estruturas e processos envolvidos) e controle das excreções.

c) Cuidar do meio é necessário para a manutenção das condições sanitárias.

**3. Atividade e Repouso:** este requisito refere-se à manutenção do balanço entre atividades e repouso controlando a energia (produzida e dispendida), regulando os estímulos do meio e o senso de bem-estar em harmonia com a natureza.

a) Selecionar atividades que estimulem e mantenham em equilíbrio os movimentos físicos, as respostas afetivas, o zelo intelectual e a interação social.

b) Reconhecer e atender as manifestações necessárias para o repouso e as atividades.

c) Respeitar as necessidades e valores individuais, bem como a cultura do indivíduo para o desenvolvimento das atividades e repouso.

**4. Ficar só e Interação Social:** o equilíbrio entre ficar só e interação social visa a promoção de condições essenciais para o desenvolvimento humano, no qual está o conhecimento já adquirido, os valores e expectativas formados que interferem na manutenção.

A necessidade excessiva de ficar só reduz o estímulo à interação social. A privação desta interação impossibilita o intercâmbio de idéias, a aculturação e o crescimento do potencial humano. A interação social também é importante para a obtenção de recursos materiais essenciais à vida, crescimento e desenvolvimento.

a) Manter a qualidade e o balanço necessário para o desenvolvimento da autonomia pessoal e relações sociais duradoras que favorecem o funcionamento efetivo do indivíduo.

b) Encorajar vínculos afetivos (amor, amizades).

c) Estimular a autonomia e a participação em grupos.

**5. Risco à Vida e Bem-Estar:** o bem-estar contribui para a manutenção da integridade humana e, portanto, promove um efetivo funcionamento e desenvolvimento humano.

a) Estar alerta às situações de risco e buscar se prevenir de eventos que possam conduzir ao desenvolvimento destas situações.

b) Proteger-se das situações que não podem ser evitadas.

c) Controlar as situações de riscos para minimizar o perigo à vida e promover o bem-estar.

**6. Preservação da “Normalidade”:** este requisito previne o desenvolvimento de condições internas de risco à vida. Também promove condições para que os indivíduos guiem seus sentimentos e conhecimentos pessoais.

a) Desenvolver e manter um auto-conceito realístico.

b) Aplicar ações que facilitem o desenvolvimento humano.

- c) Construir metas para manter e promover a integridade da estrutura humana e seu funcionamento.
- d) Identificar e atender as necessidades das estruturas e funções anormais.

• **Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais:** são requisitos de autocuidado referentes ao desenvolvimento humano. Classificam-se principalmente em etapas específicas do desenvolvimento humano e em condições e eventos de vida (nascimento, infância, adolescência, gestação e velhice) que o afetam.

Para Orem (1995) cada indivíduo se desenvolve como um ser humano único na sociedade e em cada uma das etapas de desenvolvimento devem ser considerados os requisitos de autocuidado universal, porque pode haver exigências específicas de saúde, de acordo com a etapa de desenvolvimento pelo qual o indivíduo está passando. Os requisitos de autocuidado relacionados às condições que afetam adversamente o desenvolvimento humano implicam na provisão de cuidados. Estes cuidados devem visar à prevenção dos efeitos negativos destas condições e buscar suavizar ou superar estes efeitos.

Os eventos do ciclo vital são reconhecidos por Orem como essenciais para os processos naturais de desenvolvimento de uma pessoa. Estar à *mercê* das condições adversas poderia representar uma oportunidade crescente das capacidades que tem o indivíduo de enfrentar-se com suas próprias necessidades de autocuidado.

• **Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:** estes requisitos são necessários para as pessoas que estão doentes ou injuriadas, com patologias específicas, incluindo defeitos e incapacidades, que estão sob diagnóstico médico e tratamento. Obviamente, mudanças na estrutura humana, no funcionamento físico ou no comportamento e nos hábitos diários focalizam a atenção das pessoas nelas mesmas, gerando sensações de enfermidade e de importância ao funcionamento normal do organismo. Estas mudanças podem suscitar questionamentos: O que está errado? Por que está acontecendo? O que devo fazer? Membros da família e amigos também podem fazer os mesmos questionamentos quando observam e presenciam estes desvios de saúde.

Quando uma mudança no estado de saúde traz dependência total ou parcial em relação às necessidades de manutenção da vida, a pessoa muda de posição, de agente do autocuidado para o cliente ou receptor de cuidado.

O atendimento dos requisitos para o autocuidado universal, de desenvolvimento e de desvios de saúde depende da competência do indivíduo para o autocuidado. A determinação da adequabilidade da competência para o autocuidado é fundamental para que se possa identificar a presença ou ausência de *déficits* de autocuidado.

### 3.5 Teoria do *Déficit* do Autocuidado

A Teoria do *Déficit* do Autocuidado, por sua vez, constitui a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, pois a Enfermagem passa a ser uma exigência quando um indivíduo apresenta-se incapacitado ou limitado para atender os requisitos para o autocuidado.

De acordo com Orem, os cuidados de Enfermagem podem ser ofertados quando:

♥ As capacidades do indivíduo para se auto cuidar sejam inferiores as exigidas para satisfazer um dos requisitos conhecidos de autocuidado.

♥ As capacidades do indivíduo para se auto cuidar sejam iguais ou superiores as exigidas, neste caso, a Enfermagem deve exercer papel de motivadora e educadora, ressaltando e valorizando as potencialidades individuais para o autocuidado.

♥ As pessoas precisam incorporar novas medidas, muitas vezes complexas, de autocuidado no seu cotidiano, que exijam conhecimentos e habilidades especializados, a serem obtidos por meio de educação e vivência.

♥ O indivíduo precise de ajuda para restabelecer-se de enfermidade ou ferimento ou mesmo para adequar-se com seus efeitos,

A teórica também identifica cinco métodos de ajuda, tais como:

- 1- Agir ou fazer para o outro.
- 2- Guiar o outro.
- 3- Apoiar o outro (física ou psicologicamente).
- 4- Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quando se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação.
- 5- Ensinar o outro. (OREM apud FOSTER e JANSSENS, 1993, p. 93).

A assistência de Enfermagem pode basear-se em qualquer um destes métodos.

### 3.6 Teoria de Sistemas de Enfermagem

Por fim, a Teoria de Sistemas de Enfermagem, segundo Orem (1995), estabelece estruturas que satisfazem as práticas de Enfermagem. O sistema de Enfermagem, planejado pelo profissional, baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do cliente para a execução de ações de autocuidado.

Orem organizou os sistemas de Enfermagem a fim de satisfazer aos requisitos de autocuidado do cliente, de acordo com a seguinte classificação:

- **Sistemas de Enfermagem Totalmente Compensatório:** retratado por situações em que o indivíduo se apresenta incapacitado para atender suas necessidades de autocuidado, ficando na dependência do profissional. A Enfermagem acompanha o cuidado terapêutico do cliente e compensa sua deficiência para engajar-se no autocuidado, assim como também o protege.
- **Sistemas de Enfermagem Parcialmente Compensatório:** representado por uma situação em que o cliente apresenta algumas dificuldades de competência para atender suas necessidades de autocuidado. Nesta situação, tanto o enfermeiro quanto o cliente executam medidas ou outras ações de cuidado.
- **Sistema de Apoio – Educação:** situa-se quando o indivíduo necessita de assistência de enfermagem para adquirir habilidades e competências, aprendendo a executar ações de autocuidado, de acordo com suas necessidades. As exigências do cliente quanto ao autocuidado resumem-se à tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades. A Enfermagem e o cliente entram em acordo no desenvolvimento das ações de autocuidado e seu principal papel aqui é o de promover o cliente a um agente cuidador (OREM apud FOSTER e JANSSENS, 1993).

Orem afirma ainda que um ou mais desses três tipos de sistemas podem ser utilizados com um único cliente.

A decisão do sistema de assistência de Enfermagem relacionado ao autocuidado aponta que métodos o profissional de Enfermagem deve usar para estabelecer e manter a assistência ao cliente. Com base nesta decisão, a Enfermagem poderá intervir através de ações previamente discutidas e sistematizadas junto ao cliente, procurando estimular seus potenciais já existentes para a prática do autocuidado, utilizando o processo de Enfermagem que inclui: diagnóstico e prescrição, planejamento, implementação e avaliação.

A seguir, são apresentados os conceitos que nortearão a presente proposta.

### **3.7 Conceitos Relacionados ao Estudo**

Conceitos são as idéias, que expressam o modo como as pessoas percebem a realidade na qual estão inseridas. Trata-se de uma abstração ou imagem mental de um fenômeno ou de um fato como é percebido pelo sujeito que o observa ou sente (LEOPARDI, 1999).

#### **3.7.1 Ser humano**

O ser humano é uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema. O ser humano é um ser que tem necessidade de autocuidado e o mesmo é responsável e possui habilidades (capacidades) para cuidar de si próprio e de seus dependentes. Distingue-se de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar suas expectativas e usar criações simbólicas (idéias, palavras), através do pensamento, da comunicação e da ação, em seu próprio benefício ou de outros (OREM apud SANTOS, 1991, p.98).

Em nosso estudo, ser humano é compreendido como a pessoa com DAC, muitas vezes crônicos, e seus familiares. Destacam-se dos outros seres vivos, pela sua capacidade de pensar, refletir, agir e reagir diante dos eventos vivenciados. Além disso, é dotado de conhecimentos, crenças e valores próprios. Por meio de ações conscientes e racionais é capaz de promover seu autocuidado, desde que esteja motivado e deseje aprender, a fim de estabelecer um viver mais saudável.

Muitas vezes, o ser humano necessita de informações para que possa exercer sua autonomia, edificando seu aprendizado por meio de suas próprias experiências e das apreendidas com outras pessoas, quando em situação de interação.

Os profissionais de saúde, incluindo os estudantes de Enfermagem, também são seres humanos com estas mesmas capacidades, com potenciais, valores, e crenças próprias. Neste trabalho, buscaremos trocar experiências e crenças com os clientes com DAC e suas famílias.

### **3.7.2 Sociedade**

O conceito de sociedade / comunidade é explicado como um grupo de pessoas que vivem juntas numa mesma área, cidade ou distrito sob as mesmas leis. Este grupo é constituído de indivíduos e famílias, que compartilham não somente uma área e ambiente comuns, mas também interesses comuns nas instituições que governam e regulam seus processos de vida (OREM apud SANTOS, 1991, p.102).

Por isso, para este estudo, consideramos sociedade como o contexto social e econômico no qual o cliente com DAC está inserido. Para obter sucesso em sua função de educadora e motivadora para as ações de autocuidado, a Enfermagem deve considerar os valores individuais e coletivos, uma vez que estes vão influenciar, decisivamente, nas ações de autocuidado do próprio cliente com DAC.

### **3.7.3 Saúde**

Saúde é um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento. Este conceito inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, os quais são considerados como inseparáveis do indivíduo. O conceito de saúde implica também na integridade estrutural e funcional do ser humano dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Saúde, portanto, consiste na capacidade do ser humano de viver seu potencial máximo (OREM apud SANTOS 1991, p.120).

O ser humano poderá sentir que tem boa saúde, quando este estiver bem ajustado ao meio que vive ou que precise viver, frente a uma situação abrupta e com mudanças no seu estilo de vida (FRANCIONI, 2002).

Em nosso estudo, acreditamos que saúde é definida pela própria pessoa como um estado de bem-estar. Deste modo, mesmo uma pessoa tendo um problema cardiovascular, poderá sentir-se saudável, desde que aceite sua condição e consiga viver em harmonia com ela. Acreditamos ainda que, o estado de bem-estar poderá ser alcançado através de ações efetivas de autocuidado.

#### **3.7.4 Desvio de Saúde**

Qualquer alteração da estrutura normal ou funcional se constitui em ausência de saúde no sentido de totalidade ou integridade do ser humano. Tais alterações, que podem estar relacionados com aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, quando presentes, determinam no indivíduo um estado de desvio de saúde, exigindo atendimento de requisitos específicos de autocuidado (OREM apud SANTOS, 1991, p.121).

O ser humano é susceptível às influências que podem ocasionar alterações no seu estado biopsicossocial, levando-o a um estado de desvio de saúde e necessitando que seus requisitos específicos de autocuidado sejam atendidos.

Supondo que as pessoas com DAC podem apresentar uma condição crônica, esta pode ter pouco ou nenhum efeito sobre o estilo de vida ou pode levar a dependência de determinados cuidados para a sobrevivência, interferindo assim no autocuidado.

Parte do controle das condições crônicas inclui aprender a conviver com sintomas ou incapacidades e chegar a um meio-termo com as prováveis alterações de identidade resultante do fato de apresentar uma condição crônica. Outra parte do controle consiste em empreender as atividades e esquemas da vida diária, autocuidando-se a fim de manter os sintomas compensados e evitando complicações (SMELTZER; BARE, 2000).

#### **3.7.5 Enfermagem**

A condição que justifica a existência da enfermagem para o indivíduo adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente aquela quantidade e a qualidade de autocuidado que é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação do desvio de saúde ou na maneira de enfrentar seus efeitos (OREM apud SANTOS, 1991, p. 113).



Segundo a visão de Orem, a Enfermagem é **serviço, arte e tecnologia**.

Como **serviço**, a Enfermagem constitui a forma de ajudar os seres humanos por meio de ações selecionadas e desempenhadas pelo enfermeiro com o intuito de ajudar indivíduos e grupos sob seus cuidados. As ações podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos, sob orientação do enfermeiro ou por este profissional quando a pessoa possuir limitações que não podem ser superadas imediatamente.

Como **arte**, a Enfermagem consiste na capacidade e habilidade em assistir aos outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de autocuidado para desenvolver ou manter o funcionamento humano num certo nível de efetividade. Arte, por sua vez, implica em qualidade, a qual é inerente aos enfermeiros, permitindo-lhes atuar fazendo investigações criativas, análise e síntese das variáveis e dos fatores condicionais dentro das situações de Enfermagem.

Como **tecnologia**, a Enfermagem atribui-se ao conjunto de informações sistematizadas a respeito do processo ou do método para o alcance de resultados almejados através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais e instrumentos (OREM apud SANTOS, 1991).

Na assistência aos clientes com DAC e suas famílias, compreendemos que a Enfermagem será útil para suprir os *déficits* de autocuidado e também para motivar estes indivíduos às ações de autocuidado, trabalhando principalmente na valorização de suas potencialidades.

Além disso, a Enfermagem desenvolve papel de suma importância no que se refere à educação em saúde, a fim de que os clientes deste estudo desenvolvam, conscientes e eficazmente, ações de autocuidado, visando a prevenção, promoção, manutenção e recuperação de seu bem-estar.

### 3.7.6 Educação em Saúde

Educação em Saúde é um componente essencial do cuidado de enfermagem, e é direcionada para promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção da doença; e assistência às pessoas para lidar com os efeitos residuais da doença. (...) A meta da educação em saúde é ensinar às pessoas a viverem a vida de forma mais saudável – isto é, lutar para adquirir o potencial de saúde máximo (SMELTZER; BARE, 1999, p. 35).

A educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem por meio do qual há o compartilhamento de experiências entre profissionais de saúde e clientes, vivenciando soluções para as questões a serem enfrentadas no dia-a-dia de uma pessoa com problema cardiovascular. Neste processo, deve-se levar em consideração as experiências anteriores de cada cliente. O ato de educar, neste contexto, significa que tanto profissional de saúde quanto cliente são participantes ativos no autocuidado, ora aprendendo, ora ensinando (FRANCIONI, 2002).

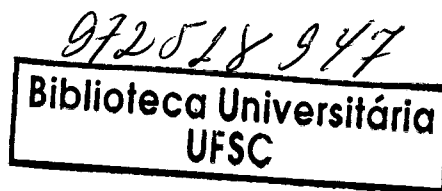
### 3.7.7 Mitos

Mito. [Do gr. *mythos*, 'fábula', pelo lat. *Mytus*] (...) 7. Imagem simplificada de pessoa ou de acontecimento, elaborada ou aceita pelos grupos humanos, e que representa significativo papel em seu comportamento (...) 9. Antrop. Narrativa de significação simbólica, transmitida de geração em geração e considerada verdadeira ou autêntica dentro de um grupo, tendo geralmente a forma de relato sobre a origem de determinado fenômeno, instituição, etc., e pelo qual se formula uma explicação da ordem natural e social e de aspectos da condição humana (...) (ANJOS; FERREIRA, 1999, p. 1347).

O mito é a forma aproximada e imperfeita que a verdade assume. Além disso, o autor afirma que o mito é produto da mesma atitude teórica ou contemplativa que dá origem às ciências e que consiste em tomar um determinado fenômeno natural como chave para explicação de todos os outros fenômenos (ABBAGNANO, 2000).

Ao conceito de mito como verdade imperfeita ou diminuída atribuí-se ainda, validade moral ou religiosa. O que o mito diz – supõe-se – não é demonstrável, nem claramente concebível, mas sempre é claro e seu significado moral ou religioso ensina sobre a conduta do homem em relação aos outros homens ou em relação às divindades (ABBAGNANO, 2000, p.673).

Entende-se mitos, neste estudo, por pistas simbólicas para a descoberta das potencialidades e dos *déficits* na vida do ser humano. Aquilo que os clientes com DAC têm em comum se revela nos mitos de forma positiva ou negativa, influenciando a forma de encarar os desvios de saúde e podendo prejudicar no autocuidado.



### **3.7.8 Família**

A unidade familiar pode se manifestar em uma miríade de estruturas, cada qual com o potencial para prestar cuidado. Em conjunto, criam um ambiente de apoio onde o doente possa restabelecer-se, amadurecer, dando o máximo de seu potencial humano (SMELTZER; BARE, 1999, p. 147).

É um conjunto composto por pessoas que se percebem como família, que convivem por um determinado tempo e que possuem uma estrutura e organização em constante transformação. A família do cliente com DAC assume uma função muito importante, além da afetiva, a relacionada aos cuidados de saúde, incorporando o papel de motivadora do autocuidado e, muitas vezes, como agente de cuidado dependente.

### **3.7.9 Grupo de Convivência**

Grupo de convivência trata-se de um conjunto de pessoas que acreditam precisar de cuidados e de serem amados, onde a confiança mútua e a simpatia são expressas pela ajuda que uma dá à outra no atendimento de suas necessidades. Estas pessoas sentem-se estimadas e valorizadas, elevando o sentido de auto conceito da pessoa (SMELTZER; BARE, 1999, p. 95).

Grupo de convivência é uma forma das pessoas compartilharem conhecimentos e experiências, de modo a contribuir para uma melhor compreensão de sua condição de saúde. É através dessa troca de conhecimentos e experiências que os clientes com DAC se identificam e conseguem transpor certos medos/mitos, uma vez que a realidade de um pode ser ou ter sido a realidade do outro (FRANCIONI, 2002).

### **3.8 Processo de Enfermagem**

O processo de enfermagem é uma atividade unificadora da profissão. Demonstra a função da Enfermagem, através do uso da ciência e da arte, pela constituição de uma unidade entre teoria (premissas e proposições), tecnologia (método e artefatos) e integração (relação intersubjetiva). Restaura para a

enfermagem seu primeiro compromisso que é o de cuidar das pessoas, numa base personalizada, humana e técnica, ou seja, “o cuidado terapêutico” (LEOPARDI, 1999),

Constitui o esquema subjacente que proporciona ordenamento e direcionamento ao trabalho do enfermeiro. Constitui a essência da prática profissional da Enfermagem. É ainda o instrumento e a metodologia da profissão de enfermeiro e, como tal, auxilia os profissionais a tomarem decisões, e a preverem e avaliarem as conseqüências (GEORGE, 1993).

O processo de enfermagem pode ser definido como uma atividade intelectual deliberada, por meio da qual a prática da enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática (GEORGE, 1993).

Para este estudo, desenvolvemos um processo de enfermagem baseado na Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea E. Orem e o modo como este foi operacionalizado estará descrito no capítulo Metodologia.



## IV. METODOLOGIA

*“Não devemos ser escravos de um padrão, de uma época, de um costume. Aprendendo a pensar por nós mesmos, experimentamos a liberdade”.*(Luiz Márcio M. Martins)

### 4.1 Cenário do Estudo

Nosso estudo foi realizado na Unidade de Internação B, do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) – localizado no município de São José, no estado de Santa Catarina, no período compreendido entre 30 de agosto a 30 de outubro de 2004, totalizando uma carga horária mínima de 220 horas.

O ICSC é um hospital público vinculado a Secretaria Estadual de Saúde, criado em 28/05/62 pelo decreto gp / 1.508, e é tido como Centro de Referência Estadual em Cardiologia. Foi inaugurado em 19 de abril de 1963, pelo então Governador Celso Ramos, tendo como Secretário de Estado da Saúde o Dr. Fernando Osvaldo de Oliveira.

Inicialmente funcionava em sede alugada (na rua Felipe Schmidt – no centro de Florianópolis). Posteriormente, passou a funcionar no Hospital Nereu Ramos, onde deu os primeiros passos na área de cirurgia cardíaca experimental. A seguir, foi transferido para o Hospital Governador Celso Ramos, onde realizava cirurgias cardíacas e também oferecia atendimento ambulatorial, nas instalações que, atualmente, funciona o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina - o HEMOSC.

Em 30 de novembro de 1987, o Instituto foi transferido para o município de São José e passou a dividir o espaço físico com Hospital Regional de São José Dr.

Homero de Miranda Gomes, também chamado de Hospital Regional, onde permanece até hoje.

Foram vários os diretores do Instituto de Cardiologia: Dr. Isaac Lobato Filho, Dr. Jauro Collaço, Dr. Théo Fernando Bub, Dr. Antônio Silveira Sbissa (por duas vezes) e Dr. Jamil Cherem Schneider. Atualmente, o Dr. Harry Corrêa Filho ocupa o cargo de diretor da Instituição.

O ICSC dispõe de ambulatório, três unidades de internação (A, B e C), centro cirúrgico com duas salas, sala de recuperação pós-anestésica, unidade coronariana (UCO), oferecendo ainda serviços de alta complexidade como: hemodinâmica, medicina nuclear e estudo eletrofisiológico. Além disso, o Hospital presta outros serviços como métodos gráficos e reabilitação cardíaca. O ICSC foi o primeiro hospital público a realizar transplante cardíaco em Santa Catarina e, hoje, possui um Centro especializado nesta área.

O Instituto de Cardiologia, atualmente, realiza, uma média de 200 internações, 650 atendimentos emergenciais e 1100 consultas ambulatoriais, mensais. No entanto, o Instituto não dispõe de estrutura física para o atendimento emergencial, dividindo com o Hospital Regional uma única Emergência.

O Hospital tem como missão atender os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares, através de promoção e recuperação da saúde, visando tornar-se um serviço de excelência em Cardiologia. Tem como princípios a humanização, a excelência, a ética e o compromisso social.

O serviço de Enfermagem do Instituto possui dois projetos em fase de implementação até o ano de 2005, referentes à metodologia de Assistência e à criação de protocolos dos procedimentos de Enfermagem.

## **4.2 Contextualizando a Unidade de Atuação**

A Unidade de Internação B, escolhida para este estudo, é uma unidade mista, ou seja, presta assistência tanto para clientes clínicos quanto cirúrgicos.

A Unidade conta com a seguinte estrutura física: 12 quartos, sendo que oito destes, possuem dois leitos e o restante possui três leitos – com um banheiro em cada quarto – totalizando 28 leitos; um expurgo; um posto de Enfermagem; uma sala de curativos; uma sala de TV para os clientes; uma sala para chefia de Enfermagem;

uma sala para prescrição médica; uma rouparia; um banheiro para os funcionários e uma sala para recreação (lanches) destes.

Dispõe de uma equipe de Enfermagem composta por 06 Enfermeiras, 18 Técnicos de Atividades de Saúde (TAS), 12 Auxiliares de Atividades de Saúde e 02 Escriturários.



**Fotos 1 e 2:** Posto de Enfermagem e corredor central da Unidade B.



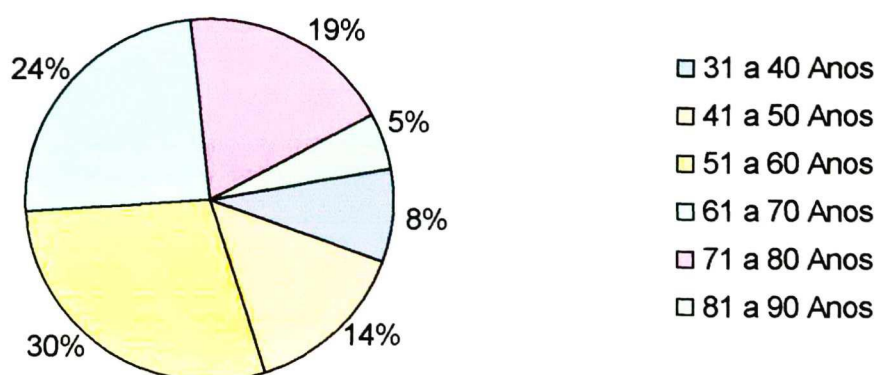
### 4.3 Sujeitos do Estudo

Para podermos desenvolver esta prática assistencial, foi necessário realizar um levantamento prévio nos Livros de Registros e no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do ICSC, a fim de conhecer o perfil dos clientes que internaram na Unidade de Internação B. Para tanto, investigamos o período compreendido entre janeiro a julho de 2004.

Por meio de um instrumento (Apêndice A) foram levantados dados como: a idade, o sexo, a procedência, o diagnóstico médico, o tipo de convênio, o tempo de internação e a necessidade de cirurgia.

Os gráficos abaixo representam o perfil dos clientes internados na Unidade de Internação B do ICSC.

**Gráfico 1:** Distribuição dos clientes internados na Unidade B do ICSC, no período de janeiro a julho de 2004, segundo a idade.

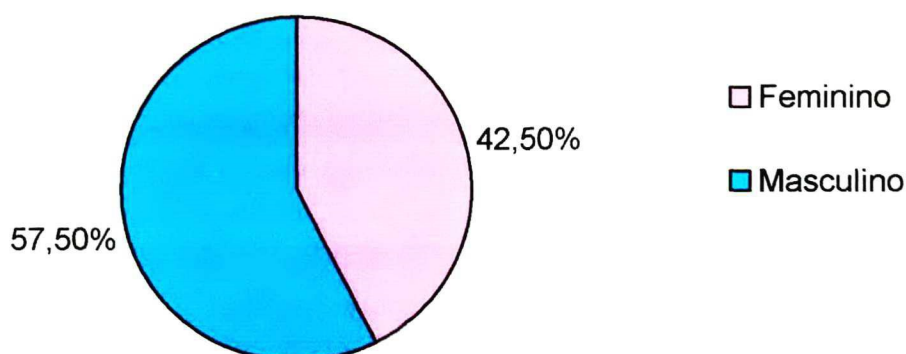


**Fonte:** Pesquisa no Setor de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do ICSC, em agosto de 2004.

Constatamos que dos 188 clientes internados na Unidade B do ICSC no período de janeiro a julho de 2004, 9 tinham entre 81 a 90 anos de idade, 16 entre 31 a 40 anos, 27 entre 41 a 50 anos, 35 entre 71 a 80 anos, 46 entre 61 a 70 anos e 55 tinham entre 51 a 60 anos de idade, esta última representando a maior porcentagem.



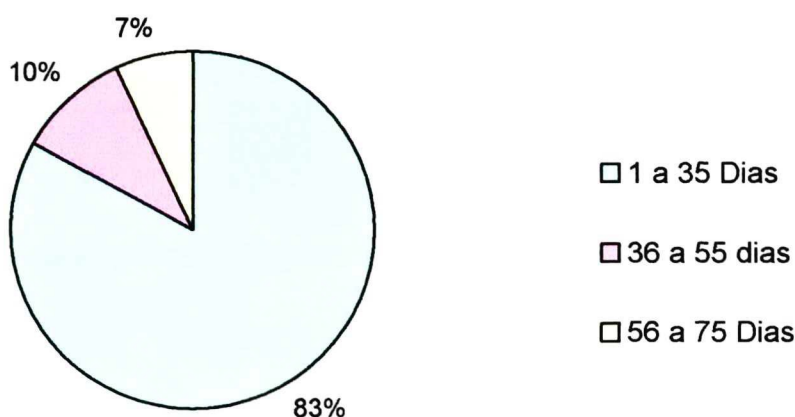
**Gráfico 2:** Distribuição dos clientes internados na Unidade B no ICSC, no período de janeiro a julho de 2004, segundo o sexo.



**Fonte:** Pesquisa no Setor de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do ICSC, em agosto de 2004.

Por meio dos dados coletados, identificamos ainda que 57,50% dos 188 clientes internados na Unidade B, durante o período estudado, eram do sexo masculino, o que ratifica a estatística referente à maior incidência de problemas cardiovasculares entre os homens.

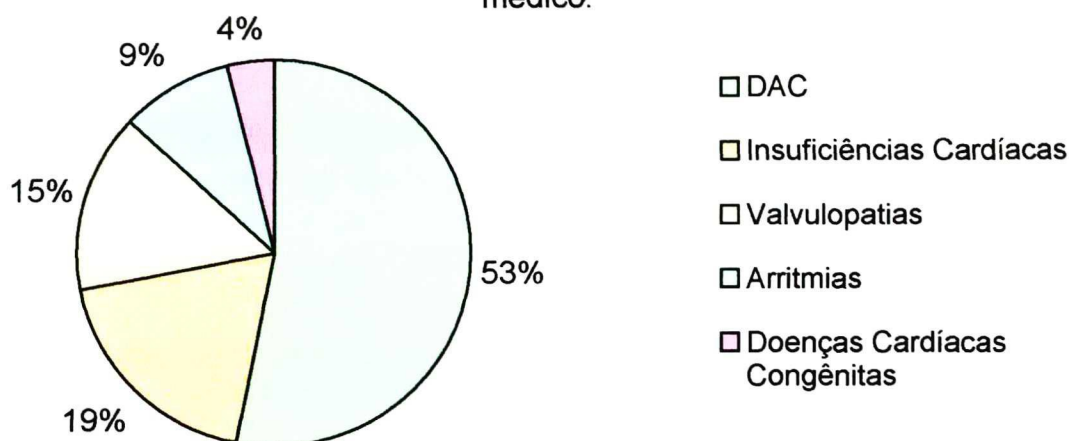
**Gráfico 3:** Distribuição dos clientes internados na Unidade B no ICSC, no período de janeiro a julho de 2004, segundo o tempo de internação.



**Fonte:** Pesquisa no Setor de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do ICSC, em agosto de 2004.

Os dados apontaram que dos 188 internos estudados, 13 clientes permaneceram hospitalizados durante um período de 56 a 75 dias, 17 desses, durante 36 a 55 dias e a maioria, correspondendo a 156 clientes, ficaram internados de 01 a 35 dias.

**Gráfico 4:** Distribuição dos clientes internados na Unidade B, no período de janeiro a julho de 2004, segundo diagnóstico médico.



**Fonte:** Pesquisa no Setor de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do ICSC, em agosto de 2004.

Com relação ao diagnóstico, identificamos uma diversidade de doenças atendidas, e nitidamente destacamos, as Doenças Arteriais Coronarianas (DAC), como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a Angina – representando a maior porcentagem das internações dos 188 clientes estudados, seguido pelas Insuficiências Cardíacas; as Valvulopatias; as Arritmias e as doenças cardíacas congênitas.

Ao analisarmos a procedência dos clientes da amostra, percebemos que estes provêm de vários municípios do estado, evidenciando os da Grande Florianópolis, tal fato se dá em virtude do ICSC ser considerado referência estadual no atendimento a DCV.

Quanto ao tipo de convênio, os dados revelaram que apenas 2% dos clientes são atendidos por convênios particulares, enquanto 98% pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em consequência desta realidade encontrada, optamos em trabalhar com clientes acometidos por Doença Arterial Coronariana (DAC) aprofundando nossos conhecimentos nas doenças como o IAM e a Angina, por serem as de maior incidência e gerarem uma gama de mitos acerca das Doenças Cardiovasculares (DCV).

Além dos clientes internados, atuamos também junto a seus familiares, pois a família exerceu papel importante na vida do cliente e contribuiu de forma expressiva para o tratamento e recuperação do mesmo.

#### **4.4 Planejamento das Ações**

O planejamento de nossas ações foi constituído por estratégias, previamente estabelecidas, para o alcance dos objetivos propostos e métodos para avaliação destes, visando uma assistência de qualidade às pessoas com DAC, sobretudo aquelas que estavam vivenciando a internação hospitalar.

##### **Objetivo 1**

*Conhecer a estrutura física, os setores e os serviços do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.*

##### **Estratégias:**

a) Realizar visitas acompanhadas da supervisora para conhecer o espaço físico do ICSC, especialmente, os setores relacionados com diagnóstico e tratamento.

b) Buscar informações junto aos funcionários do ICSC sobre a sistematização e a finalidade dos serviços oferecidos.

c) Conhecer cada um dos serviços de diagnóstico e terapêutico oferecidos, bem como seu funcionamento e finalidade.

##### **Avaliação:**

O objetivo será considerado alcançado quando pudermos percorrer o Instituto com segurança, reconhecendo os locais de atendimento dos serviços, assim como o funcionamento efetivo destes.

## **Objetivo 2**

*Planejar, acompanhar e executar atividades assistenciais junto aos clientes com Doença Arterial Coronariana (DAC), como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Angina.*

### **Estratégias:**

a) Identificar-nos como acadêmicas aos clientes, solicitando seu consentimento (Apêndice B) para a execução dos procedimentos.

b) Estabelecer relação pessoa-pessoa, por meio de diálogo, escuta ativa e sensível, a fim de promover a participação efetiva dos clientes e família no planejamento e implementação da assistência.

c) Interagir junto à equipe de saúde a fim de compartilhar conhecimentos e experiências, facilitando a execução das atividades assistenciais.

d) Respeitar os princípios técnico-científicos na realização dos procedimentos de Enfermagem, visando a aquisição de habilidades práticas.

e) Implementar o processo de Enfermagem a todos os clientes assistidos, utilizando o Roteiro para Levantamento de Dados (Apêndice C) e o Diagnóstico de Enfermagem na Ótica da Teoria de Orem (Apêndice D).

f) Conhecer as expectativas e anseios dos clientes e família frente à doença e o tratamento, elucidando suas dúvidas e a finalidade dos procedimentos.

g) Ampliar nossos conhecimentos teórico-práticos, especialmente os referentes às doenças mencionadas.

### **Avaliação:**

Este objetivo será alcançado se prestarmos assistência integral e documentada à pelo menos seis clientes internados



### **Objetivo 3**

*Avaliar o conhecimento já adquirido pelo cliente sobre a sua condição de saúde e os mitos envolvidos, identificando os déficits de competência para o autocuidado, principalmente no que se refere às DAC.*

#### **Estratégias:**

a) Estabelecer relação pessoa – pessoa com os clientes, identificando-nos e esclarecendo o que pretendemos realizar durante o estágio e a importância de sua participação.

b) Levantar os *deficits* de autocuidado dos clientes, durante a visita diária, as atividades educativas e a prestação de cuidados na internação, através do roteiro previamente elaborado (Apêndice C).

c) Utilizar atividades lúdicas entre outras abordagens, para identificar os *deficits* de autocuidado.

#### **Avaliação:**

Alcançaremos este objetivo após a análise do processo de Enfermagem adaptado de Orem e tivermos levantado os principais *deficits* de autocuidado de seis clientes internados.

### **Objetivo 4**

*Desenvolver ações educativas junto aos clientes e seus familiares, visando trabalhar as dificuldades com aqueles que apresentarem déficits de competência para o autocuidado.*

#### **Estratégias:**

a) Capacitar nossas habilidades técnico-científicas referentes aos temas que serão abordados, fundamentadas nas literaturas e nos preparando para desenvolver as ações propostas.

b) Planejar e executar atividades em grupo de forma a compartilhar saberes e experiências, trabalhando essencialmente, os *déficits* de requisitos para o autocuidado.

c) Realizar orientações individuais e coletivas ao cliente e sua família, utilizando diferentes recursos didáticos, favorecendo alternativas para construção do autocuidado.

d) Estimular a participação ativa dos clientes e suas famílias nas atividades educativas desenvolvidas.

### **Avaliação:**

O objetivo será atingido de modo quantitativo se desenvolvermos, no mínimo dez ações individuais e quatro coletivas. Qualitativamente as ações serão avaliadas pelos participantes, após o término de cada encontro, através de um instrumento de avaliação (Apêndice E) com escala de satisfação.

### **Objetivo 5**

*Participar das atividades dos grupos de apoio, já existentes no ICSC, oferecidos aos clientes e familiares, reafirmando o papel da Enfermagem em sua função educativa.*

### **Estratégias:**

a) Procurar os responsáveis pelos Grupos de Apoio (Grupo de Reabilitação, Grupo da Família, Grupo de Orientações para Alta Hospitalar/pós-cirúrgico) já existentes no Instituto, para conhecer a dinâmica destes.

b) Participar de forma ativa dos encontros realizados pelos Grupos, sempre que possível.

### **Avaliação:**

Atingiremos este objetivo se participarmos das atividades realizadas pelos grupos e pudermos executar uma ação educativa em pelo menos um destes grupos.

## **Objetivo 6**

*Ampliar os conhecimentos técnico-científicos relacionados à Enfermagem em Cardiologia.*

### **Estratégias:**

- a) Realizar revisão bibliografia e estudar os temas abordados para a realização deste estudo.
- b) Trocar experiências e conhecimentos com a equipe multiprofissional, orientadora e supervisoras.
- c) Participar de reuniões e eventos científicos na área de atuação.

### **Avaliação:**

Acreditamos que este objetivo fará parte de toda a nossa vida profissional, contudo, para esta proposta, consideraremos alcançado desde que participemos de eventos relacionados aos temas abordados e também quando houver trocas experiências e conhecimentos com clientes, familiares, equipe multiprofissional e professores.

## **4.5 Operacionalizando o Processo Enfermagem**

O processo de enfermagem foi construído de acordo com o que preconiza a Teoria do Geral do Autocuidado de Dorothea E. Orem.

### **1º Passo**

**Levantamento de Dados:** realizado através de um roteiro (Apêndice C) no qual coletamos dados como: identificação, requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e desvios de saúde, para construção do histórico de Enfermagem.

## **2º Passo**

**Diagnóstico de Enfermagem:** registrado em instrumento próprio (Apêndice D) e norteado pelo roteiro mencionado acima, apontando os *déficits* de autocuidado, classificando-os conforme o requisito de autocuidado e os Sistemas de Enfermagem. Este instrumento também contém os planos de ações para cada *déficit* diagnosticado.

## **3º Passo**

**Evolução de Enfermagem:** ações e reações dos clientes à assistência prestada, registradas diariamente e que permitia possíveis alterações e ajustes nos planos de ação.

### **4.6 Considerações Éticas**

Considerando que nosso trabalho incluiu o levantamento de dados, constituindo-se em um processo investigativo, respeitamos os aspectos éticos da pesquisa. Neste sentido, a inclusão dos sujeitos como participantes da pesquisa obedeceu a Resolução nº 196/96 do CNS/MS, especialmente no que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Utilizamos uma linguagem clara e objetiva, favorecendo a compreensão do objetivo de nossa prática assistencial por parte dos sujeitos da pesquisa. A autorização da coleta de dados e utilização destes foi obtida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi identificado, assinado e datado.

Foi garantida aos clientes a liberdade de participar ou não, bem como de desistir a qualquer momento sem que isso implicassem na qualidade da assistência por eles recebida. Também foi assegurado o sigilo e o anonimato dos integrantes do estudo.



4.7 Cronograma Geral das Atividades

AGOSTO

ATIVIDADES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Início das Aulas	♥																													
Interfaces		♥																												
Elaboração do Projeto			♥	♥	♥		♥	♥	♥	♥	♥	♥		♥	♥	♥	♥	♥	♥	♥	♥									
Entrega do Projeto																						♥								
Entrevista com a Banca																								♥						
Apresentação do Projeto																	♥								♥					
Início do Estágio																													♥	♥
Encontros com a Orientadora	💡														💡			💡	💡	💡			💡							
Outros (curso)																														📄

SETEMBRO

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Estágio	♥	♥	♥			♥	♥	♥	♥	♥	♥		♥	♥	♥	♥	♥			♥	♥	♥	♥	♥			♥	♥	♥	♥	
Encontros com a Orientadora																															💡
Outros (cursos)								📄	📄	📄												📄	📄	📄	📄						

OUTUBRO

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Estágio				♥	♥	♥	♥	♥			♥	♥	♥	♥	♥			♥	♥	♥	♥	♥									
Compartilhar Experiência de Estágio	♥																														
Encontros com a Orientadora							💡																								
Outros (cursos)																📄	📄							📄	📄	📄	📄	📄	📄	📄	📄
Fim do Estágio																														♥	

NOVEMBRO

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Elaboração do Relatório	♥	♥	♥	♥	♥			♥	♥	♥	♥	♥			♥	♥	♥	♥	♥											
Entrega do Relatório (1ª versão)																						♥								
Entrevista com a Banca																									♥	♥				
Apresentação do Relatório																												♥	♥	♥
Encontros com Orientadora																	💡			💡	💡							💡		
Outros (curso)	📄	📄			📄	📄																								

DEZEMBRO

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Apresentação do Relatório	♥																														
Entrega do Relatório Final										♥																					



## V. REVISÃO DE LITERATURA

*“O verdadeiro vencedor é aquele que sabe que precisa crescer e carrega dentro de si o desejo de ampliar os seus conhecimentos e habilidades” (Roberto Shinyashiki).*

### 5.1 Anatomia e Fisiologia do Coração

O coração é um órgão muscular e oco com capacidade contrátil propulsora, localizado na parte central do tórax, onde ocupa o espaço entre os pulmões e repousa sobre o diafragma, conhecido por *mediastino* (GUYTON; HALL, 1997).

A função maior do coração é bombear o sangue para os tecidos, suprindo-os com oxigênio e outros nutrientes, ao mesmo tempo em que remove o dióxido de carbono e outros restos metabólicos, mantendo a vitalidade do organismo.

Sua forma corresponde a um cone truncado, apresentando uma base, um ápice e fácies (esternocostal, diafragmática e pulmonar).

O coração está envolto em um saco fino e fibroso denominado pericárdio que é composto de duas camadas: pericárdio visceral e parietal. A primeira está aderida ao epicárdio e a segunda, por sua vez, envolve o pericárdio visceral.

Apresenta-se disposto obliquamente de tal forma que a base é medial e o ápice lateral, sendo que sua maior porção localiza-se à esquerda do plano mediastino (DANGELO; FANTINI, 2000).

Este órgão é composto de três camadas.

*Camada Interna ou Endocárdio:* consiste em tecido endotelial que reveste internamente o coração.



*Camada Média ou Miocárdio:* músculo estriado cardíaco, involuntário responsável pela ação contrátil propulsora.

*Camada Externa ou Epicárdio:* serosa que reveste externamente o miocárdio.

A cavidade do coração é subdividida em quatro câmaras – dois átrios e dois ventrículos – separadas por septos:

*Septo Átrio-Ventricular:* divide horizontalmente o coração em duas porções – superior e inferior.

*Septo Inter-Atrial:* divide sagitalmente a porção superior em átrio direito e esquerdo.

*Septo Inter-Ventricular:* divide sagitalmente inferior em ventrículo esquerdo e direito.

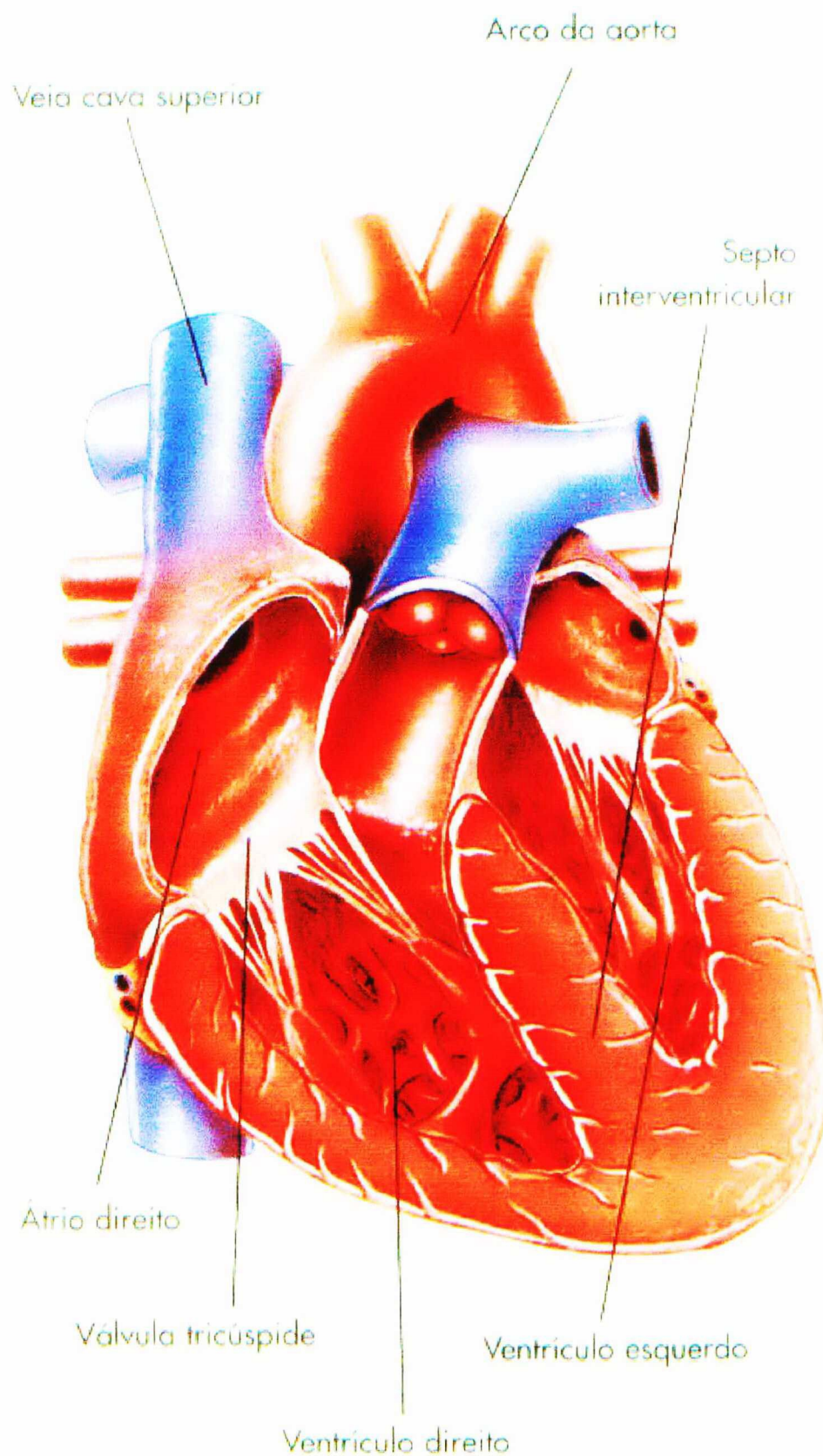
Os ventrículos são as câmaras que ejetam o sangue para dentro das artérias. Os átrios, por sua vez, têm a função de receber o sangue que chega das veias e agem como reservatórios temporários de onde o sangue é posteriormente ejetado para os ventrículos (SMELTZER; BARE, 2000).

Os átrios e os ventrículos comunicam-se entre si através de orifícios localizados no septo átrio-ventricular – óstios átrio-ventriculares direito e esquerdo, que possuem estruturas que direcionam o sangue em sentido unidirecional (átrio → ventrículo), denominadas valvas.

As valvas constituem-se de finos folhetos de tecido fibroso que se abrem e se fecham passivamente em resposta a mudança de pressão e movimento do sangue no coração. Há dois tipos de valvas: as atrioventriculares e as semilunares.

As valvas que separam os átrios dos ventrículos são chamadas de valvas atrioventriculares, sendo que a valva que separa o átrio direito do ventrículo direito possui três cúspides ou folhetos e por isso é conhecida por **valva tricúspide**. Enquanto que a valva que separa o átrio esquerdo do ventrículo esquerdo possui duas cúspides (bicúspide) assumindo o formato de uma mitra papal, e sendo conhecida por **valva mitral**.

As valvas semilunares estão localizadas entre cada ventrículos e a sua correspondente artéria. A valva que fica entre o ventrículo direito e a artéria pulmonar é chamada de **valva pulmonar**, e a valva entre o ventrículo esquerdo e a artéria aorta é chamada de **valva aórtica**.



**Figura 1:** Anatomia do coração (DAVIDSON, 2001).



A função bombeadora do coração se dá pela contração e relaxamento rítmicos de sua parede muscular, sendo que a contração do músculo é chamada de **sístole** e o relaxamento é chamado de **diástole**, constituindo o ciclo cardíaco. Durante a sístole, as cavidades do coração se tornam menores à medida que o sangue é ejetado. Na diástole as cavidades se enchem de sangue preparando-se para a contração seguinte.

Devido as diferenças funcionais, átrios e ventrículos possuem diferenças quanto a espessura de suas paredes. As atriais são mais delgadas do que as dos ventrículos por causa da pressão menor exigida nos átrios ao armazenarem temporariamente o sangue, e depois ejetando-o para dentro dos ventrículos. Existe ainda uma diferença na espessura da parede dos ventrículos, sendo que o ventrículo esquerdo tem uma espessura 2,5 vezes maior que a do ventrículo direito, uma vez que este tem uma maior sobrecarga ao ejetar o sangue de encontro a pressão sistêmica, ao passo que o ventrículo direito ejeta o sangue de encontro a baixa pressão da vascularização pulmonar.

Durante o batimento cardíaco, quando os ventrículos se contraem, a pressão ventricular tende a empurrar os folhetos valvares atrioventriculares para cima em direção à cavidade atrial, porém isso só ocorre se a pressão sobre os folhetos for o suficiente para ejetar o sangue de modo retrógrado, ou seja, dos ventrículos para os átrios.

Contudo, existem feixes musculares localizados nos lados das paredes ventriculares, responsáveis pela manutenção do fluxo sanguíneo numa única direção através das valvas atrioventriculares conhecidos por **músculos papilares**, juntamente com as **cordoalhas tendinosas**, que são feixes fibrosos que se estendem dos músculos papilares até as bordas dos folhetos valvares, que funcionam como esticadores das bordas livres das valvas atrioventriculares.

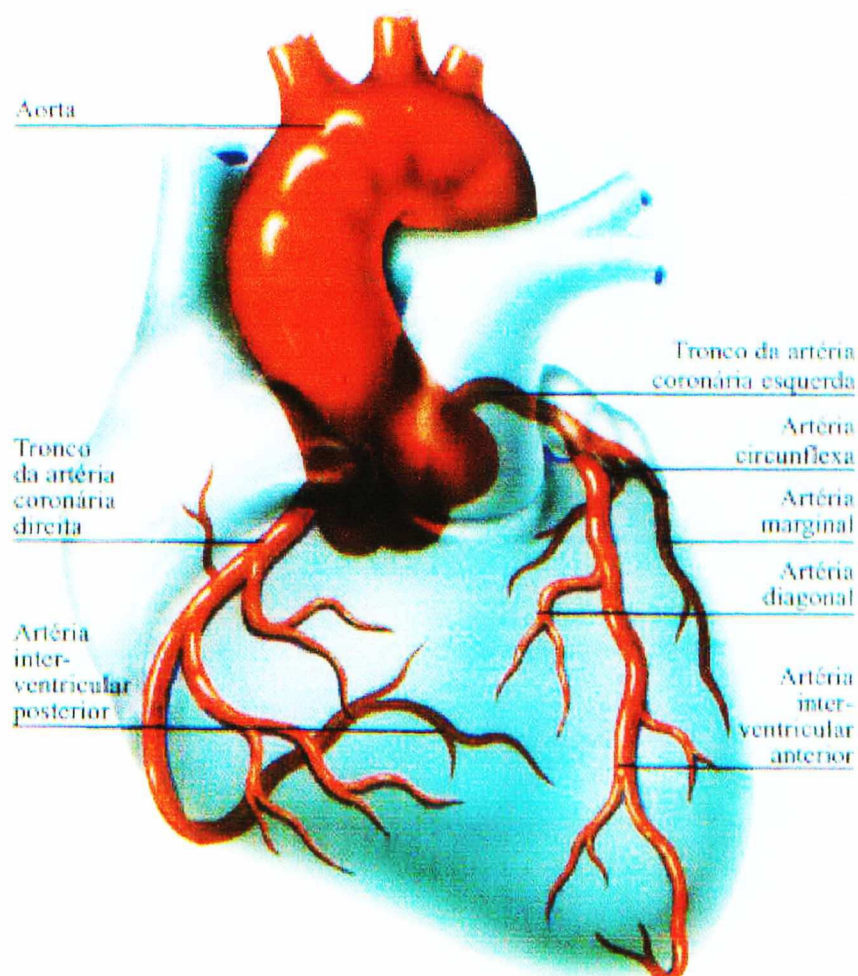
Com a contração dos músculos papilares as cordoalhas ficam esticadas, mantendo os folhetos valvares fechados durante a sístole, evitando o fluxo retrógrado de sangue.

Porém, nas valvas semilunares, os folhetos são compostos por três cúspides as quais funcionam perfeitamente sem músculos papilares e cordoalhas tendinosas. Além disso, não existem valvas entre as grandes veias (veias pulmonares) e os átrios (GUYTON; HALL, 1997).

O coração ainda possui vasos importantes que suprem de sangue o músculo cardíaco o qual tem grande necessidade de oxigênio e nutrientes, são as **artérias coronárias**.

O coração utiliza aproximadamente 70 a 80 % do oxigênio que lhe chega através das artérias coronárias, ao passo que outros órgãos utilizam, em média, cerca de um quarto do oxigênio que lhes chega.

As artérias coronárias têm origem na aorta próximo a sua inserção no ventrículo esquerdo. A parede esquerda do coração é alimentada em grande parte pela **artéria coronária esquerda principal**, que se divide em dois ramos importantes que fazem um trajeto para baixo (artéria descendente anterior esquerda) e outro transversal (artéria circunflexa) no lado esquerdo do miocárdio. A parede direita do coração é suprida de forma semelhante pela **artéria coronária direita**. Vale lembrar, que ao contrário das outras artérias, as artérias coronárias são perfundidas durante a diástole (SMELTZER; BARE, 2000).



**Figura 2:** Artérias coronárias, visão global (CASTRO et al, 1999).



As células do músculo cardíacas têm uma ação rítmica devido a contração ordenada que ocorre porque as células especializadas do sistema de condução produzem rigorosamente impulsos elétricos para as células miocárdicas, os quais são gerados como resultado da movimentação de íons (partículas carregadas de sódio, potássio e cálcio) através da membrana celular. Normalmente estes impulsos elétricos partem de dois nódulos ou nodos: nódulo sinoatrial (SA) ou nodo sinusal e nódulo atrioventricular (AV).

O nódulo sinoatrial (SA) está localizado na junção entre a veia cava superior e o átrio direito, onde começa o sistema de condução que normalmente funciona como o marcapasso de todo miocárdio. O nódulo SA dispara aproximadamente 60 a 100 impulsos por minuto no coração normal e em repouso, mas ele pode alterar a sua frequência em resposta às necessidades do corpo. O impulso que parte do nódulo SA é conduzido através das células miocárdicas do átrio até o nódulo atrioventricular (AV), que está localizado na parede atrial direita próximo a valva tricúspide.

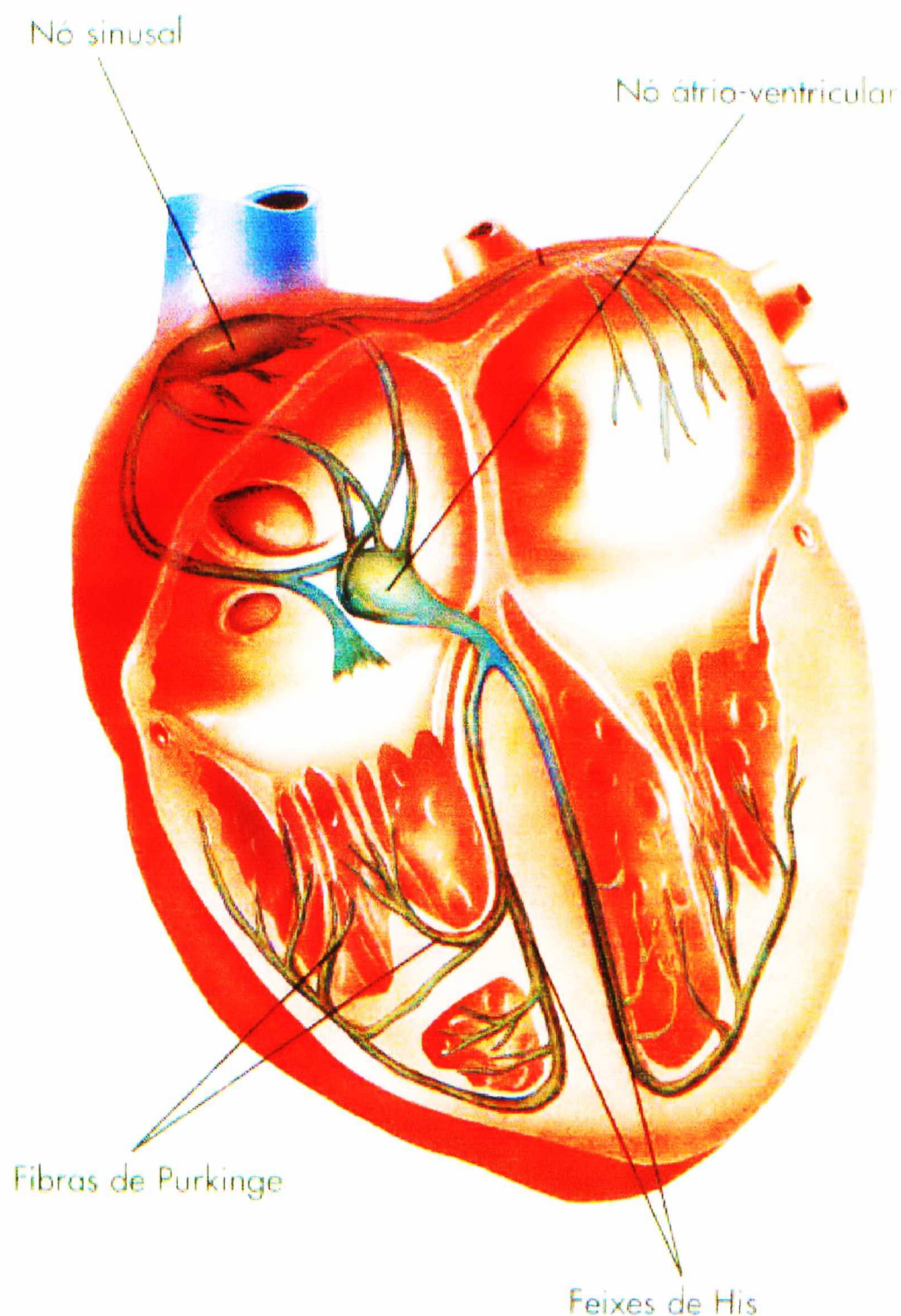
O nódulo AV coordena os impulsos elétricos que chegam dos átrios numa frequência de 40 a 60 batimentos/minuto, e depois de uma breve pausa libera-os para os ventrículos. Este impulso é conduzido através de um feixe de células musculares especializadas chamado de **feixe de His** e percorre o septo que separa os dois ventrículos. O feixe de His divide-se em dois ramos: um esquerdo e outro direito, os quais terminam em fibras chamadas de **fibras de Purkinje**.

O feixe direito dissemina-se pelo músculo ventricular direito, enquanto que o esquerdo divide-se novamente nos ramos anterior e posterior, que se espalham pela musculatura ventricular esquerda. A seguir a disseminação do impulso para o restante do miocárdio se dá pela condução através das próprias fibras musculares.

As cargas elétricas registradas dentro de uma célula isolada resultam no que é conhecido como **potencial de ação cardíaco**. Quando estão no estado de repouso, as células do músculo cardíaco estão *polarizadas*, ou seja, existe uma diferença elétrica entre interno das membranas celulares (carregado negativamente) e o lado externo das membranas (carregado positivamente).

O ciclo cardíaco tem início quando um impulso é liberado começando então a fase de *despolarização*. Nesta fase a membrana das células muda a sua permeabilidade e desloca íons através dela. Com o deslocamento dos íons para dentro da célula, o lado interno torna-se carregado positivamente provocando assim uma despolarização na célula, que conseqüentemente despolariza a célula vizinha

sucessivamente. Como resultado desta despolarização ocorre a contração de todo o miocárdio. Quando as células retornam às suas condições basais ocorre a repolarização, que corresponde ao relaxamento do músculo miocárdico conhecido como momento de Platô.



**Figura 3:** Fisiologia do Sistema de Condução do Coração (DAVIDSON, 2001).



O músculo cardíaco, ao contrário do músculo liso ou esquelético, tem um período refratário prolongado, onde ele não pode ser reestimulado a se contrair. Isso ocorre como uma proteção para o coração, de forma a evitar a contratilidade mantida (tetania) que resultaria em morte súbita cardíaca (GUYTON; HALL, 1997).

## **5.2 Fatores de Risco para as Doenças Cardiovasculares<sup>1</sup>**

Segundo Mion e Nobre (2000), fator de risco é qualquer fator que pode ser identificado clínica ou laboratorialmente, que se associe, ainda sem relação causa-efeito nítida, com a probabilidade de ocorrência de determinada doença em período temporal variável.

Fatores de risco para doenças cardiovasculares são condições que predispoem uma pessoa a maior risco de desenvolver doenças do coração e dos vasos sanguíneos. Existem diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares, os quais são divididos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em: imutáveis e mutáveis.

### **Fatores Imutáveis**

Fatores imutáveis são aquelas características inerentes ao indivíduo, que não se pode mudar e independem da ação do homem para existir. São eles:

#### **- Hereditariedade:**

Os filhos de pessoas com doenças cardiovasculares tem uma maior propensão para desenvolverem doenças desse grupo. Descendentes de raça negra são mais propensos a hipertensão arterial e neles ela costuma ter um curso mais severo.

---

<sup>1</sup> Dados retirados do site da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) – [www.cardiol.br](http://www.cardiol.br)

**- Idade:**

Quatro entre cinco pessoas acometidas de doenças cardiovasculares estão acima dos 65 anos. Entre as mulheres idosas, aquelas que tiverem um ataque cardíaco terão uma chance dupla de morrer em poucas semanas.

**- Sexo:**

Os homens têm maiores chances de ter um ataque cardíaco e os seus ataques ocorrem numa faixa etária menor. Mesmo depois da menopausa, quando a taxa de incidência das mulheres aumenta, esta nunca é tão elevada como a dos homens.

**Fatores Mutáveis**

Constituem-se em fatores nos quais pode-se interferir ou influenciar, mudando, prevenindo ou mesmo tratando.

**- Tabagismo:**

Além de oferecer risco de câncer, o hábito de fumar também está associado e é um importante fator de risco, segundo a SBC, das doenças do coração, aterosclerose e hipertensão arterial. O uso de cigarros está ainda fortemente associado ao aparecimento de infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico (derrame cerebral), doenças arteriais periféricas e inúmeros outros problemas de saúde.

A ação do fumo nas doenças cardiovasculares é sentida na morbidade, na mortalidade e na qualidade de vida das pessoas. A ação do fumo faz-se por meio da fumaça, atingindo também os não fumantes. Os principais efeitos cardiovasculares do fumo são: taquicardia, aumento da pressão arterial sistêmica, diminuição da tolerância ao exercício, vasoconstrição coronariana, elevação na concentração da carboxiemoglobina sanguínea e aumento na tendência de formação de trombos, aumento de débito cardíaco e aumento da concentração de hemoglobina.

Segundo a SBC, o risco de um ataque cardíaco num fumante é duas vezes maior do que num não fumante. O fumante de cigarros tem uma chance duas a quatro vezes maior de morrer subitamente do que um não fumante. Os fumantes passivos também têm o risco de um ataque cardíaco aumentado.

### **- Dislipidemias:**

Na verdade, o colesterol não é uma gordura do ponto de vista químico, mas um álcool monoídrico não saturado, fundamental para o homem porque faz parte da constituição da membrana que reveste as células dos tecidos e constitui matéria prima para a fabricação de ácidos biliares, hormônios e vitamina D. Portanto, não se pode viver sem colesterol.

No sangue, o colesterol pode estar livre ou fazendo parte das chamadas lipoproteínas, que podem ser do tipo LDL (Low Density Proteins ou lipoproteínas de baixa densidade) ou do tipo HDL (High Density Lipoproteins, ou lipoproteínas de alta densidade).

O colesterol que faz parte das LDL é o que participa da formação das placas de aterosclerose que obstruem as artérias e deve ser combatido. Já o colesterol HDL é bom e possui efeito protetor, pois retiram o colesterol dos tecidos e o leva para o fígado, onde é eliminado ou reaproveitado. Sendo assim, quanto maior o teor destas lipoproteínas HDL ou de alta densidade, mais se evita a obstrução pela aterosclerose.

Dislipidemia significa um desvio anormal no valor de uma ou mais frações lipídicas do plasma. Estes distúrbios metabólicos são capazes de causar doença aterosclerótica, sendo a doença arterial coronariana a principal delas (GUIMARÃES In PORTO, p. 121, 1998).

Os riscos dos problemas cardiovasculares aumentam na medida que os níveis de colesterol-LDL estão mais elevados no sangue, conforme afirmado pela SBC.



### **- Hipertensão Arterial:**

Quantitativamente, a hipertensão é o maior fator de risco para a doença cardiovascular seja coronariana ou cerebral, mas diversos outros fatores, como o diabetes, o tabagismo, a elevação do colesterol, são igualmente significativos. Tanto que pessoas que tenham hipertensão grave, mas nenhum ou poucos fatores de risco, estão relativamente mais protegidos que pessoas com níveis pressóricos menores, porém com mais fatores de risco associados. (MION & NOBRE, 2002)

Na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o coração realiza um trabalho maior, na tentativa de manter a pressão elevada, com isso vai hipertrofiando o músculo cardíaco, que se dilata e fica mais fraco com o tempo, aumentando os riscos de distúrbios cardiovasculares.

Se comparadas às pessoas normotensas, às com hipertensão, não controlada, correm o triplo do risco de desenvolverem doenças cardiovasculares e sete vezes mais chances de terem Acidente Vascular Cerebral (AVC), alerta a SBC em seu site (2004).

### **- Diabetes Mellitus:**

A presença de diabetes favorece o desenvolvimento de doença cardiovascular, uma vez que a exposição prolongada a níveis elevados de glicose no sangue provoca anormalidades metabólicas e hemostáticas que aceleram o desenvolvimento e a gravidade da aterosclerose, podendo levar à cardiopatia isquêmica e ao acidente vascular cerebral, além de complicações vasculares periféricas, afetando especialmente o sistema nervoso, a retina e os rins.

O diabetes é um sério fator de risco para ocasionar problemas cardiovasculares. Mesmo se a glicemia estiver sob controle, o diabetes aumenta significativamente o risco de transtornos cardiovasculares e cerebrais.

O excesso de glicose sérica favorece o acúmulo de gorduras que se depositam com mais facilidade nas paredes das artérias, os vasos ficam ocluídos e os riscos de problemas cardiovasculares aumentam.

Os diabéticos têm mais infarto do miocárdio, maior mortalidade precoce e pior prognóstico após a alta hospitalar. Apresentam prevalência superior de doença multiarterial, maior disfunção ventricular, o que torna a evolução conturbada pela maior incidência de insuficiência cardíaca, reinfarto e morte súbita (BRAGA In PORTO, p. 154, 1998).

Segundo a SBC, dois terços das pessoas com diabetes morrem das complicações cardíacas ou cerebrais provocadas. Na presença do diabetes, os outros fatores de risco se tornam mais significativos e ameaçadores.

#### **- Sedentarismo:**

A falta de atividade física é outro fator de risco para distúrbios coronarianos. Exercícios físicos regulares, moderados a vigorosos têm um importante papel em evitar os problemas cardiovasculares. Mesmo os exercícios moderados, desde que feitos com regularidade são benéficos, contudo os mais intensos são mais indicados. O exercício físico também previne a obesidade, a hipertensão, o diabetes e diminui os níveis séricos de colesterol, além de aumentar a liberação das endorfinas, diminuindo a depressão e a ansiedade.

O exercício físico provoca mudanças na morfologia das lesões coronarianas, correlaciona-se negativamente com a progressão da doença aterosclerótica e promove a regressão de placas ateromatosas (CARVALHO In PORTO, p. 139, 1998).

Estima-se que somente 50% das pessoas que iniciam exercício físico permanecem ativas depois de seis meses. A não aderência torna-se importante, pois os benefícios promovidos pelos exercícios não são mantidos após a sua interrupção. Desta forma, torna-se necessário desenvolver estratégias para aumentar a aderência aos programas de exercícios físicos (BUENO; COSTA In CASTRO, p. 228, 1999).

#### **- Obesidade:**

Sendo a obesidade um fator de risco para a doença coronariana, diante de um cliente com excesso de tecido adiposo, faz-se necessário uma avaliação clínica rigorosa.

A obesidade exige um maior esforço do coração agravando-se quando associada à hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes.

De acordo com Porto (1998), uma das formas de determinar e avaliar o excesso de peso e a obesidade é através do índice de Massa Corpórea (IMC), proposto por Quetelet. Este índice é calculado a partir da altura e do peso pela seguinte fórmula:  $IMC = \text{peso do corpo (em kg)} \div \text{estatura (em m)} \text{ ao quadrado}$ . Segundo o IMC, os clientes são classificados da seguinte forma:

<b>Índice (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Classificação</b>
Menor que 20	Baixo peso
De 20 a 24,99	Normal
De 25 a 29,99	Sobrepeso
De 30 a 39,99	Obesidade
Acima de 40	Obesidade grave

Contudo, não se deve apenas avaliar o índice de massa corpórea, mas também a distribuição da gordura corporal.

Sabe-se que clientes apresentando acúmulo de gordura na região do abdome, o que pode ser detectado pela medida da circunferência da cintura (mulheres - maior ou igual a 88 cm e homens - maior ou igual a 102 cm), são mais propensos à doença coronariana. (MION; NOBRE, 2002)

#### **- Anticoncepcionais Orais (ACO):**

Os múltiplos efeitos dos ACO compreendem alterações no perfil lipídico, no metabolismo dos hidratos de carbono, no sistema renina-angiotensina e nos mecanismos homeostáticos.

Os estrogênios presentes nos ACO atuam na parede do vaso modulando o tônus vasomotor e aumentando o fluxo de sangue arterial. Esta ação é promovida pela ligação direta deste hormônio com seu receptor no endotélio e na musculatura lisa vascular de todo o sistema arterial, caracterizando assim um fator de risco para as doenças cardiovasculares.

Os atuais ACO têm pequenas doses de hormônios e os riscos de distúrbios cardiovasculares são praticamente nulos para a maioria das mulheres. Porém, é



desaconselhado o uso de anticoncepcionais orais por fumantes, hipertensas ou diabéticas, uma vez que estes aumentam muito o risco de distúrbios cardiovasculares.

### **- Estresse:**

Segundo Porto (1998), o estresse pode ocasionar retenção de sódio, perda de potássio, aumento dos níveis de colesterol e de glicose, obesidade, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, arritmias cardíacas e morte súbita.

A ligação entre estresse e doenças cardiovasculares pode ser atribuída ao dano do endotélio e, indiretamente por agravamento de outros fatores de risco como, por exemplo: uma pessoa em constante tensão emocional pode comer mais, fumar mais e ter sua pressão elevada, afirma a SBC (2004).

O dano endotelial associado ao estresse promove a mobilização de lipoproteínas da circulação para a parede da artéria, agregação de plaquetas e liberação de fatores de crescimento que mais adiante estimulam as placas de ateroma. Além dos efeitos hemodinâmicos, outros fatores podem contribuir ao dano endotelial associado ao estresse entre eles: o cortisol que pode potencializar a vasoconstrição induzida por catecolaminas, a exposição aumentada à epinefrina que pode conduzir à ativação, à agregação, e ao depósito plaquetário, entre outros.

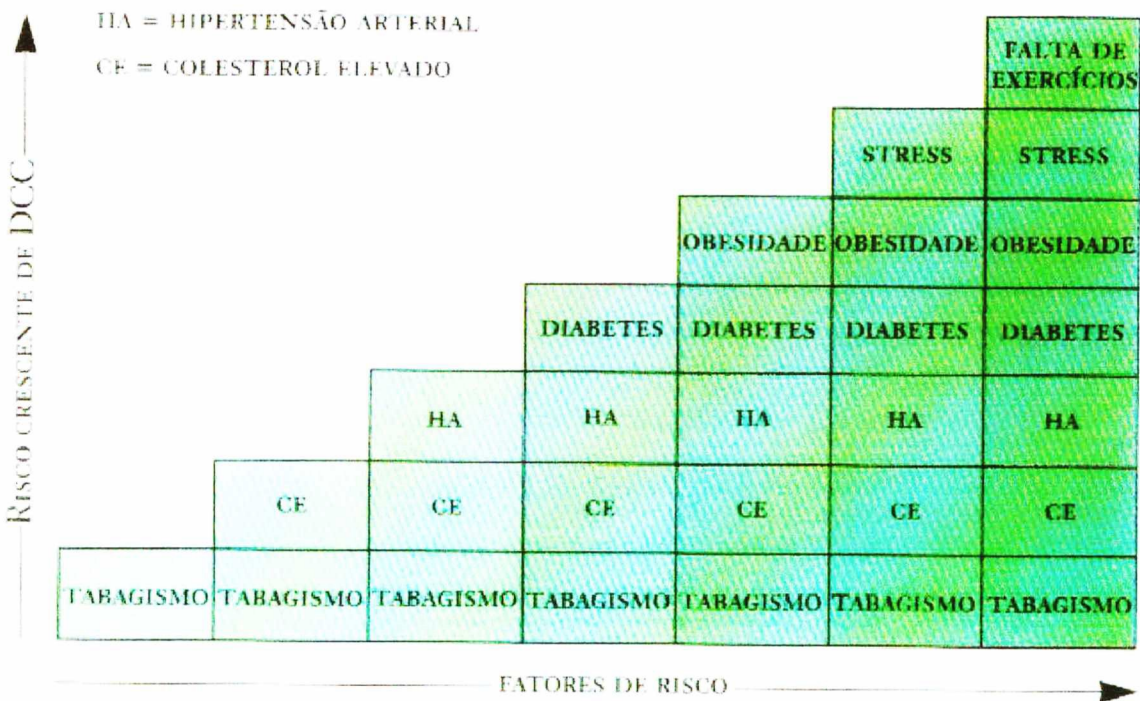
A relação entre as condições emocionais adversas e a precipitação de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e de morte cardíaca súbita já está estabelecida, assim como também a relação de fatores emocionais contribuindo para o desenvolvimento precoce da Aterosclerose (RUSCHEL In CASTRO et al, p. 235, 1999).

Alguns eventos habitualmente presentes na vida de um ser humano, como doença ou morte de familiares, conflitos conjugais, perda de emprego ou de prestígio, insatisfação pessoal ou profissional, podem desencadear crises no doente coronariano, como angina ou IAM. Estas situações podem fazer com que o ser humano sinta-se desvalorizado e com baixa auto-estima, tornando-o mais susceptível (baixa reação imunitária) aos eventos cardiovasculares.

Existem ainda outros fatores de risco como, por exemplo, o aumento do fibrinogênio plasmático, climatério, altas concentrações de homocisteína, excesso de radicais livres, entre outros.

Segue abaixo um quadro mostrando a relação entre os fatores de risco e o risco crescimento das doenças cardiovasculares:

**QUADRO 1:** Fatores de risco que afetam as Doenças Cardiovasculares.



Fonte: Edição Especial da Revista Isto É, 2001, p.27.

**5.3 Doenças Arteriais Coronarianas Trabalhadas**

**5.3.1 Angina**

**Conceito**

Segundo Porto (1998), a angina do peito é uma síndrome clínica caracterizada por crises de dor ou sensação de opressão torácica e áreas adjacentes. Há vários tipos de angina, porém as mais comuns são a angina estável e a instável.

## **Etiologia**

A angina resulta da deficiência relativa de oxigênio no músculo cardíaco, por oferta diminuída, ou por excesso de consumo. Em geral, a angina do peito relaciona-se com a doença arterial coronária. Outras causas podem estar relacionadas com as anomalias congênitas, com a estenose aórtica, com a hipertensão grave, entre outras (PORTO, 1998).

## **Fisiologia**

De acordo com Porto (1998), o principal problema das pessoas que apresentam angina é o desequilíbrio entre oferta de oxigênio e demanda metabólica do miocárdio. Desta forma, a ocorrência da dor dá-se quando há um súbito aumento da necessidade de  $O_2$  não suprido adequadamente.

A oferta de oxigênio para o miocárdio pode ser prejudicada por anormalidades: na pressão de perfusão das coronárias; no tempo de perfusão durante a diástole; na resistência ao fluxo coronariano; no conteúdo de  $O_2$  no sangue, como por exemplo, nas anemias.

O aumento da demanda de  $O_2$  pelo miocárdio é causado por aumento: do estresse da parede ventricular; da frequência cardíaca ou da força contrátil do coração. Estes, na presença de alterações da oferta, podem ocasionar angina.

Em geral, alguns fatores levam à dor, tais como:

- ♥ Esforço físico: aumenta a necessidade de oxigênio pelo miocárdio.
- ♥ Frio: causa vasoconstrição e elevação da pressão sanguínea, com aumento da necessidade de oxigênio.
- ♥ Ingestão abundante de alimentos: aumenta o fluxo sanguíneo mesentérico, desviando o sangue que é necessário ao coração.
- ♥ Estresse: aumenta a liberação de adrenalina, elevando a pressão arterial e a frequência cardíaca, aumentando assim o trabalho do músculo cardíaco.



## Quadro Clínico

A manifestação clínica característica da angina é a dor. Esta pode ser descrita de várias maneiras, mas em geral, é tipicamente uma sensação de aperto, esmagamento ou constrição. Contudo, algumas pessoas descrevem-na como uma dor profunda, uma sensação de desconforto profundo, indigestão ou dor tipo queimação. Em geral, a dor é sentida profundamente no peito, atrás do terço superior ou médio do esterno. Todavia, a dor pode irradiar-se para o pescoço, mandíbula, ombros e faces internas das extremidades superiores.

Algumas pessoas ainda referem que a dor anginosa se acompanha de falta de ar.

De acordo com Smeltzer e Bare (2000), o idoso que vivencia angina pode manifestar apenas uma fraqueza ou um desmaio, ou seja, pode não apresentar a dor típica, isso ocorre em razão das modificações nos neurorreceptores.

### Características dos Principais Tipos de Angina

**Angina Estável** – também chamada de angina de esforço manifesta-se, principalmente, pela dor torácica deflagrada pelo exercício e prontamente suavizada pelo repouso ou pelo uso de nitroglicerina. Em geral, tem duração de 30 segundos a 15 minutos.

**Angina Instável** – é considerada instável aquela angina que se manifesta pela primeira vez ou quando uma angina preexistente se agrava sem motivo aparente. É uma condição clínica transitória, que pode evoluir para o infarto do miocárdio e morte súbita. Manifesta-se por dor em repouso com duração superior a 20 minutos, dor anginosa que já existia aos esforços, mas que mudou suas características (duração mais longa, maior intensidade e maior frequência) e por dor precordial após esforços, de início recente (menos que 2 meses), progressiva e intensa.

## **Diagnóstico**

Porto (1998), afirma que o principal recurso no diagnóstico da angina é a história clínica do cliente e avaliação da dor. Deve-se analisar as características da dor, incluindo localização e irradiação, frequência de aparecimento, intensidade, duração, fatores que precipitam e que aliviam.

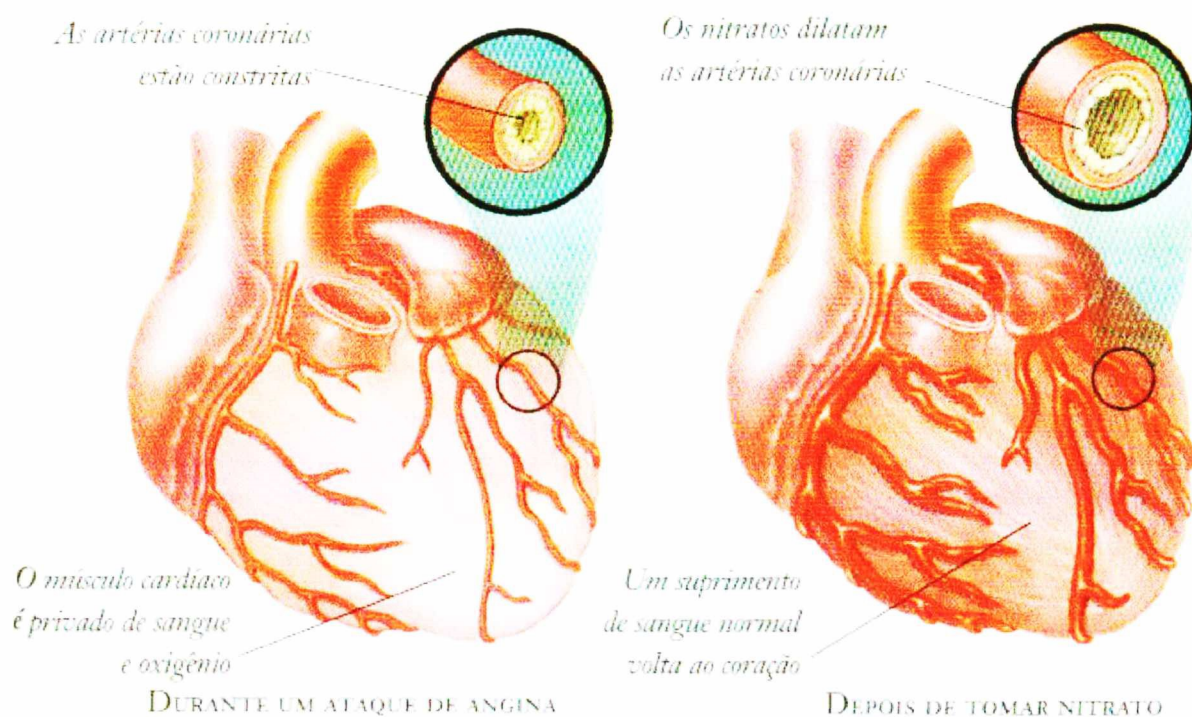
Para Julian e Cowan (1996), a angina é geralmente diagnosticada com base na anamnese e no eletrocardiograma (ECG), porém existe uma série de doenças que exigem o diagnóstico diferencial da angina. Entre elas, dor muscular, espondilartrose cervical e distúrbios gastrintestinais. Ainda para os autores, é necessário ressaltar que as afecções do sistema gastrintestinal são freqüentemente encontradas nos clientes com cardiopatia isquêmica, de modo que a presença de um desses distúrbios não permite que se exclua a presença simultânea de angina.

Durante a crise anginosa o paciente em geral permanece quieto e pálido, às vezes com sudorese profusa. A frequência cardíaca e a pressão arterial podem estar elevadas.

## **Tratamento**

O tratamento da angina deve objetivar a redução de consumo de oxigênio pelo miocárdio e o aumento da oferta  $O_2$ , aliviando os sintomas e melhorando a performance nas atividades diárias, prevenindo o IAM e a morte súbita. Em geral, estes objetivos são alcançados por meio de tratamento farmacológico e de controle dos fatores de risco. Aqueles pacientes que apresentam angina desencadeada principalmente por esforço físico, devem procurar evitá-lo. A mesma medida deve ser tomada em relação às refeições abundantes, substituindo-as por refeições mais leves e oferecidas com maior frequência. A obesidade deve ser corrigida e o abandono de cigarros deve ser aconselhado.

A terapia farmacológica inclui, principalmente os nitratos, bloqueadores beta-adrenérgicos (propranolol) e bloqueadores do íon cálcio (nifedipina, verapamil, diltiazem), e tem como principal objetivo a vasodilatação coronariana e aumentar o fluxo sanguíneo. Desta forma, a medida em que o oxigênio é disponibilizado, diminui o esforço e o débito cardíaco, como mostra a figura abaixo:



**Figura 4:** Efeito dos Nitratos nas Artérias Coronárias (DAVIDSON, 2001)

Intervenções cirúrgicas, como a angioplastia e a revascularização da artéria coronária, podem ser indicadas para os pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento clínico.

Praticamente todos os pacientes com angina devem ser encorajados a participarem de programas de reabilitação física, de reeducação de hábitos alimentares e de controle dos fatores de risco.

### 5.3.2 Infarto Agudo do Miocárdio – IAM

#### Conceito

O termo infarto do miocárdio designa a necrose do músculo cardíaco que se instala secundariamente à interrupção aguda do fornecimento de sangue através das coronárias. Ela é acompanhada de hipóxia, acúmulo de metabólitos deletérios, bem como sinais e sintomas indicativos de morte celular miocárdica (JULIAN; COWAN, 1996).

Constitui-se em um grave problema de saúde pública, pois atinge o indivíduo geralmente no auge de sua capacidade produtiva, impedindo-o de transmitir



experiências incorporadas ao longo de sua vida a outros. O problema se torna mais drástico ainda se considerarmos que 40 a 60% dos pacientes que morrem de IAM, o fazem antes de recorrer ao hospital.

Atualmente, os profissionais da área da saúde percebem que grande parte dos pacientes tem dificuldades em mudar os seus hábitos de vida e, seguir as orientações e prescrições fornecidas para evitar um novo infarto (ASSAD, 1985).

## **Etiologia**

De acordo com Sobel (2001), o IAM ocorre com a diminuição do aporte sanguíneo para músculo cardíaco. A principal causa desta diminuição é o estreitamento de uma artéria coronariana pela aterosclerose, depósito de gordura na camada íntima da parede das artérias, ou a obstrução total de uma coronária por êmbolo<sup>2</sup> ou trombo<sup>3</sup>.

A redução do fluxo sanguíneo coronariano também pode ser resultante de choque e hemorragia. Em cada caso, há um desequilíbrio grave entre o consumo e a demanda de oxigênio pelo miocárdio.

Embora a aterosclerose seja a causa mais comum de IAM, uma série de outras entidades clínicas pode causar necrose miocárdica. A embolia das artérias coronárias pode ocorrer em pacientes com artérias coronárias previamente normais. Entretanto, na maioria das vezes, ela ocorre em pacientes com doença vascular crônica, miocardiopatia congestiva com trombose intracavitária atrial ou ventricular, e algumas vezes em pacientes com arritmias graves. O espasmo da artéria coronária decorrente, por exemplo, do abuso de cocaína e anfetamina, é considerado uma condição que pode causar a isquemia miocárdica, e, possivelmente, o IAM. O traumatismo decorrente de dissecação, dilaceração ou trombose coronária (com lesão celular endotelial secundária ao traumatismo, como na angioplastia) também pode ocasionar o Infarto.

---

<sup>2</sup> Êmbolo: corpo estranho cujo deslocamento e parada num vaso sanguíneo, provoca a embolia. Sua natureza é variável podendo ser um coágulo sanguíneo, bolha de ar ou de gás, massa de bactérias, corpos estranhos, etc (MANUÍLA, 1997).

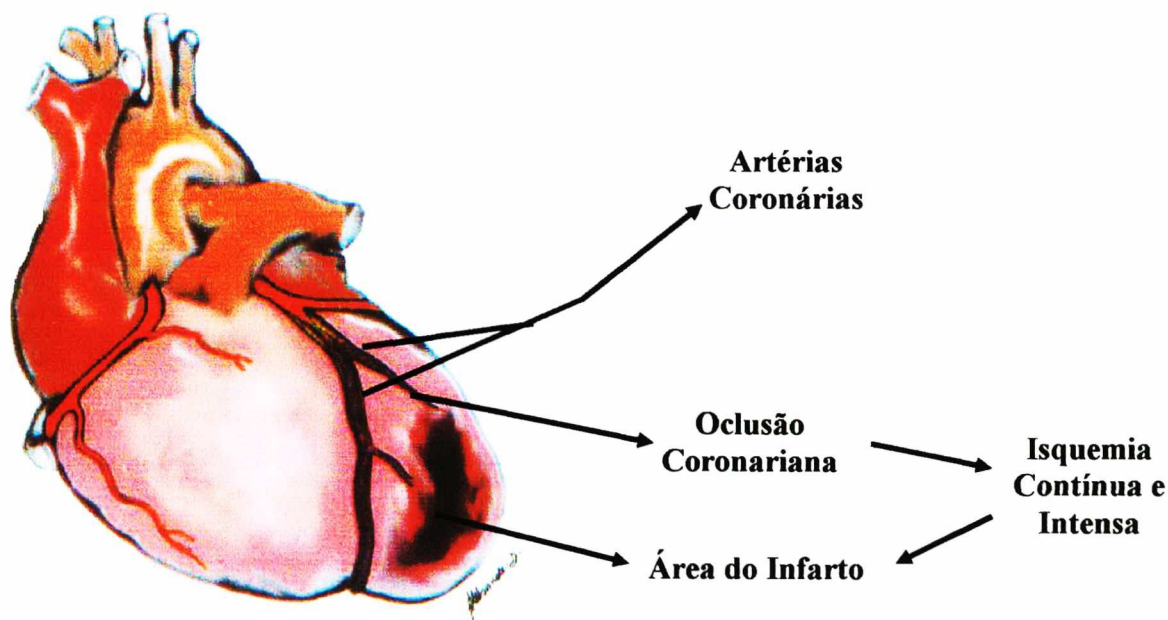
<sup>3</sup> Trombo: massa de consistência gelatinosa ou firme, formada pela coagulação intravascular do sangue, num ponto qualquer do aparelho circulatório (artérias, veias, capilares, vasos linfáticos, cavidade cardíaca) e que provoca sua obstrução parcial ou total (MANUÍLA, 1997).

Em geral, as estenoses significativas de artéria coronária, com desenvolvimento lento, não precipitam um IAM, em virtude do desenvolvimento de uma rica rede colateral com o passar do tempo (HAENDCHEN, 1984).

### **Fisiopatologia**

Uma vez que a artéria coronária é ocluída subitamente, ocorrem alterações profundas no fluxo coronário. Após esta isquemia intensa e contínua, em uma porção do miocárdio, as células privadas de oxigênio são destruídas e aparece uma necrose tissular na área atingida. A este processo destrutivo denominamos IAM.

Este dano miocárdico irreversível, geralmente ocorre quando uma artéria coronária ou seus ramos sofrem oclusão e na maioria das vezes de forma súbita, como segue o esquema abaixo:



**Esquema 1:** Fisiopatologia do IAM (MELTZER, 1987).

### **Quadro Clínico**

O principal sintoma inicial é a dor torácica persistente de início súbito, geralmente sobre a região inferior do esterno e abdome superior. Costuma ser descrita como um aperto, uma compressão, um peso, que pode agravar continuamente até se tornar insuportável, que pode irradiar-se para os ombros e braços, geralmente o braço esquerdo. Algumas pessoas ainda negam sentir dor,



descrevendo apenas uma sensação de desconforto e que é sentida no centro do tórax.

Ao contrário da dor da angina verdadeira, a dor do infarto raramente tem relação com o esforço ou estresse emocional, persistindo por horas ou dias e não é aliviada pelo repouso ou pela administração de nitroglicerina. Em alguns casos, a dor pode irradiar-se ainda para a mandíbula e pescoço.

Além do quadro doloroso, observa-se muitas vezes dispnéia ou síncope, palidez, sudorese, pele fria e pegajosa, tonteira ou confusão mental, náuseas e vômitos, palpitações e soluços, bem como a sensação de risco iminente de morte.

Contudo, o IAM também pode se apresentar como morte cardíaca súbita ou, de modo atípico e clinicamente silencioso ou sutil, angina de início recente ou acelerada, dor torácica atípica que mimetiza a indigestão, distúrbio da perfusão cerebral com síncope, apresentando sinais que simulam os de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou estados mentais alterados (ASSAD, 1985).

### **Diagnóstico**

Para Meltzer (1987), o diagnóstico do Infarto do Miocárdio geralmente é feito baseando-se na anamnese, que identifica os fatores de risco, além do aparecimento dos sintomas como a dor súbita e intensa na região precordial, náusea e sudorese, e outros sintomas já mencionados. Através de Eletrocardiograma (ECG), constatando uma injúria ou necrose miocárdica no traçado, contudo, este não mostra a extensão real da lesão, não servindo como indicador preciso da gravidade do infarto; e pelos níveis séricos das enzimas relacionadas às injúrias miocárdica, como a creatina-fosfoquinase (CPK), a transaminase glutâmica oxaloacética (SGOT) e a desidrogenase láctica (LDH).

O prognóstico depende da gravidade da obstrução das artérias coronárias, e por tanto, da extensão da lesão miocárdica.

### **Tratamento do IAM**

De acordo com Motta (2003), na fase inicial do IAM, o tratamento clínico objetiva o alívio da dor e a estabilização do paciente através de repouso e medicamentos que visam à prevenção de complicações.

Como principais medicamentos utilizados no tratamento clínico, encontram-se: a aspirina, os nitratos sublinguais (nitroglicerina), os betabloqueadores, além da oxigenoterapia.

Com base em vários conceitos e definições, entende-se que o tratamento clínico realizado para reperfundir precocemente a área infartada para limitar a necrose do miocárdio é feito com o uso de drogas trombolíticas (estreptoquinase) e o ativador de plasminogênio. Estas drogas estão atuando na promoção e conversão do plasminogênio em plasmina que promove a lise dos coágulos, restabelecendo o fluxo sanguíneo na artéria coronária obstruída em tempo rápido.

Para a indicação do uso dos trombolíticos deve ser realizado um levantamento rigoroso e rápido da história do paciente, pois são absolutamente contra-indicados nos casos de: sangramentos ativos internos, suspeita de dissecação da aorta, gestação, história precoce de hemorragias e reanimação cardiopulmonar.

Além dos tratamentos clínicos citados, uma outra conduta que pode ser tomada é o tratamento por meio de angioplastia primária e angioplastia de urgência, que são procedimentos invasivos realizados no laboratório de hemodinâmica.

O tratamento cirúrgico consiste em revascularizar o local do miocárdio lesionado, onde o fluxo sanguíneo foi parcial ou totalmente interrompido. Esta técnica é feita através de enxertias nas artérias coronárias utilizando, principalmente, a veia safena, cefálica, basílica ou mamária, realizando-se a anastomose à frente da área lesada da coronária, restabelecendo com isso, o fluxo sanguíneo (MOTTA, 2003).

#### **5.4 Cirurgia de Revascularização Miocárdica**

A revisão literária deste conteúdo se fez necessária, porque todos os clientes que implementamos o processo de enfermagem foram submetidos ou tinham indicação para tal procedimento.

A cirurgia de Revascularização Miocárdica (RM) constitui o tratamento-padrão da doença coronária isquêmica em vários subgrupos de pacientes. A possibilidade de abordagem de todas as artérias coronárias comprometidas e a manutenção dos resultados a médio e longo prazos tornam a RM atrativa como método de escolha quando comparada com outras terapêuticas (GOMES In Stefanini et al, p. 587, 2004).

O resultado mais evidente da cirurgia de RM é a capacidade de alívio sintomático da angina *pectoris* em mais de 90% dos clientes, assim como a melhora da tolerância ao exercício físico e da qualidade de vida, possibilitando com isso, o retorno à vida ativa.

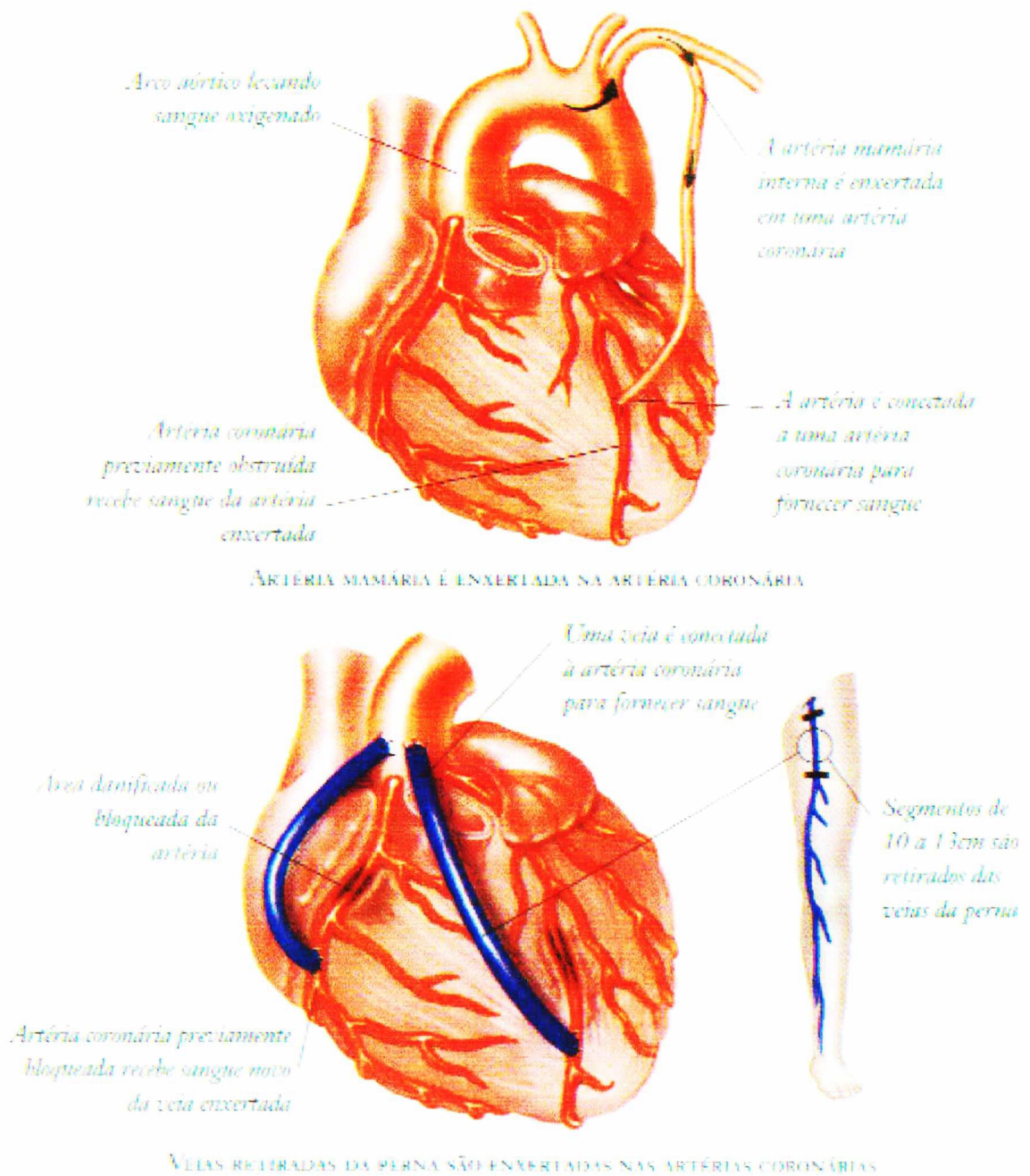
A cirurgia de RM foi precedida do desenvolvimento de métodos diagnósticos que permitissem definir o local exato para implante de enxertos arteriais nas artérias coronárias e de técnicas cirúrgicas indiretas.

O desvio da artéria coronária é realizado sob anestesia geral. O cliente é monitorizado e uma esternotomia mediana é feita. Predominantemente, a RM é realizada com circulação extracorpórea. Antes da abertura do saco pericárdico, os vasos a serem enxertados (artéria mamária e gastroepiplóica, e veia safena, cefálica e basílica) são dissecados e preparados para implantes. O vaso de escolha é enxertado distal a lesão da artéria coronária, desviando a obstrução. A circulação extracorpórea é descontinuada e a incisão fechada.

A cirurgia de RM é indicada para clientes com angina (estável ou instável), IAM, disfunção severa do ventrículo esquerdo, arritmia ventricular, ou ainda, aqueles já submetidos à RM após falha ou complicação de angioplastia com implantação de *stent*.

Em todos os casos é avaliado o grau de obstrução do vaso e da extensão da área lesada, bem como a gravidade de seu quadro clínico. Abaixo segue uma figura ilustrando algumas possibilidades para o enxerto nas artérias coronárias na cirurgia de revascularização miocárdica.





**Figura 5:** Coração após realização de Revascularização Miocárdica (DAVIDSON, 2001).



## VI. RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

*“Se os teus projetos forem para um ano, semeia o grão. Se forem para dez anos, planta uma árvore. Se forem para cem anos, instrui o povo”. (Provérbio Chinês)*

Este capítulo descreve os métodos que utilizamos para o alcance dos objetivos propostos em nossa prática assistencial.

### 6.1 Objetivo 1

*Conhecer a estrutura física, os setores e os serviços do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.*

**Avaliação:** *O objetivo será considerado alcançado quando pudermos percorrer o Instituto com segurança, reconhecendo os locais de atendimento dos serviços, assim como o funcionamento efetivo destes.*

Iniciamos nosso estágio no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) no dia 30 de agosto de 2004, realizando uma visita em todos os setores e unidades do ICSC, acompanhadas pela supervisora. Fomos apresentadas aos funcionários responsáveis pelos setores, especialmente, à equipe de Enfermagem da Unidade B.

Conhecemos as Unidades A e B, localizadas no 2º andar do prédio, e a Unidade C e o Quarto de Iodoterapia<sup>1</sup>, no 3º andar, dividindo espaço com uma unidade do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes.

---

<sup>1</sup>Quarto de Iodoterapia trata-se de um quarto construído especialmente para acomodar clientes com Hipertireoidismo ou Câncer de Tireóide, que receberam uma dose terapêutica de Iodo radioativo.

Em seguida, conhecemos a Unidade Coronariana, o Centro de Materiais de Esterilização (CME) e o Centro Cirúrgico, todos localizados no mesmo andar da Unidade de Internação B – local de atuação de nosso estudo.

O preparo e a estocagem dos pacotes de materiais estéreis é feito no CME do ICSC, porém o processo de esterilização é realizado no CME do Hospital Regional. O ICSC possui duas salas cirúrgicas dentro do Centro Cirúrgico do Hospital Regional.

Os setores de Hemodinâmica, Medicina Nuclear e o Ambulatório encontram-se no andar térreo do prédio. Antes de iniciar nossa visita aos setores de diagnóstico e tratamento, citados acima, bem como a Unidade Coronariana, elaboramos um cronograma junto à supervisora, de modo que pudéssemos sistematizar essas visitas, que estão apresentadas a seguir.

### **6.1.1 Setor de Hemodinâmica**

O setor de hemodinâmica do ICSC realiza procedimentos intervencionistas, como: cateterismos, angioplastias, valvoplastias, arteriografias e estudos eletrofisiológicos. Além disso, este setor é utilizado pela equipe de cirurgia vascular do Hospital Regional para a realização de outros procedimentos.

Este setor possui uma recepção; duas salas para a realização dos procedimentos, sendo que apenas uma delas está ativada, e a outra está em reforma; uma sala de recuperação; um expurgo; uma rouparia; dois banheiros e uma sala de comando que permite a visualização dos procedimentos.



**Fotos 3 e 4:** Recepção e sala para realização de procedimentos hemodinâmicos do ICSC.



Neste setor são realizados aproximadamente dez procedimentos por dia, destes, quatro são destinados aos clientes externos e o restante para os internos. As emergências são encaixadas conforme a necessidade.

Os clientes externos precisam de autorização da Diretoria de Assistência Médica (DAME), também chamada de Policlínica Regional de Florianópolis. A DAME determina o local para a realização dos exames. Em geral, a espera do cliente para a realização do procedimento leva em torno de 15 dias. Os clientes de outros hospitais, que necessitam deste tipo de procedimento, também seguem a determinação dos clientes externos – há exceção apenas para os clientes do Hospital Infantil Joana de Gusmão e do Hospital de Florianópolis.

Ao marcar o exame, o cliente recebe uma folha com todas as orientações de como deve preparar-se para o procedimento (Anexo A).

É importante ressaltar que estivemos dois dias neste setor onde tivemos a oportunidade de assistir aos seguintes procedimentos:

### **Cateterismo Cardíaco**

É um método diagnóstico invasivo pelo qual se introduz um ou vários cateteres em um vaso sanguíneo para alcançar o coração. É utilizado para medir as pressões nas câmaras cardíacas, avaliar a permeabilidade das artérias coronárias, quantificar alterações do funcionamento das válvulas e do músculo cardíaco, determinar o tratamento apropriado, esclarecer alterações anatômicas e detalhar malformações congênitas.

Inicia-se o procedimento com a escolha do vaso sanguíneo para inserção do cateter e em seguida, anestesia-se a região. No local da punção é realizada uma incisão de dois a três cm próximo ao vaso sanguíneo selecionado. Por esta incisão é introduzido o cateter, que percorre o vaso até chegar ao coração. Através deste cateter é injetado contraste radiológico a base de iodo que permite, por meio de um aparelho de Raio – X, visualizar os vasos e as cavidades do órgão. As imagens internas do coração e/ou vasos são registradas com tecnologia digital, que auxiliam na análise posterior do exame.

No ICSC, o cateterismo é realizado por uma equipe composta por um médico hemodinamicista e dois integrantes da equipe de Enfermagem devidamente paramentados com aventais de chumbo e protetor de tireóide.



Após o exame, o cliente externo é encaminhado para a sala de recuperação, onde permanece por aproximadamente 30 minutos. Nesta sala, os clientes ficam com seus acompanhantes sem a presença da equipe de saúde e recebem uma folha com orientações sobre os cuidados pós-cateterismo (Anexo B). Os clientes internos são encaminhados para suas respectivas Unidades de Internação, onde a equipe de enfermagem segue uma rotina de cuidados pré-estabelecidos.

## **Angioplastia**

É uma técnica invasiva que utiliza um pequeno balão que, ao ser inflado dentro de uma artéria estreitada, desobstrui o vaso e facilita a passagem de sangue. Também pode ser utilizada uma minitela de aço, chamada de *stent*, que liberada ajuda manter a artéria aberta.

Segundo Bastos (1998), as indicações para a angioplastia coronária são abrangentes, podendo-se interferir em um, dois ou três vasos, em pontes de safena, em artéria mamária interna e na coronária esquerda. Está indicada para clientes com lesão acima de 50% em um ou mais vasos, com sintomas de difícil controle e/ou que apresentem grandes áreas de miocárdio viável ou em sofrimento.

As indicações clínicas para a intervenção com base em cateter, podem incluir quaisquer manifestações de isquemia miocárdica (BAIN, 2001). Identificada a área obstruída, introduz-se um fio guia através do cateter até ultrapassar a lesão. Por este fio, um balão vazio é alcançado até o local do bloqueio. O balão é inflado de forma controlada, dilatando previamente o local, restabelecendo a permeabilidade luminal.

Outra técnica utilizada consiste na implantação de *stent*, onde retira-se o balão anterior e introduz-se um outro balão com o *stent* já montado sobre si mesmo, posicionando-o na lesão. O balão é inflado e assim, o *stent* é expandido, moldando-se na parede interna do vaso, impedindo que este se feche. O balão é desinflado, mas o *stent* permanece. Depois de liberado o *stent*, o balão e o fio guia são retirados. A filmagem com contraste confirma o resultado da intervenção. Contudo, o *stent* não elimina o risco de reestenose no local de inserção.

Para Bastos (1998), no dia anterior ao procedimento, os clientes devem receber aspirina e ticlopidina. No momento do implante do *stent*, é empregado heparina endovenosa que deve ser continuada por 24 horas após a colocação do

*stent*. Após a alta hospitalar, os clientes devem ser mantidos com ticlopidina durante um mês e com aspirina indefinidamente a fim de reduzir os riscos de trombose.

No ICSC, as orientações pré e pós angioplastia, basicamente são as mesmas recebidas no cateterismo cardíaco.



**Foto 5:** Equipe realizando procedimento (Angioplastia).

### **6.1.2 Setor de Medicina Nuclear**

A Medicina Nuclear baseia-se na utilização de pequenas quantidades de substâncias radioativas para diagnosticar ou tratar certas doenças, fornecendo imagens estruturais e funcionais de vários órgãos.

Para Nischimura et al (1999), a Medicina Nuclear difere da radiologia e da tomografia computadorizada, pois a fonte de radiação é o cliente e não os equipamentos, porque os isótopos radioativos são administrados ao cliente por via oral ou endovenosa, para se obter as imagens por detecção externa.

Radionuclídeos são isótopos artificiais, e radiofármacos, “compostos químicos marcados com radioisótopos”. Para a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), radiofármaco é a “substância radioativa cujas propriedades físicas, químicas e biológicas fazem com que seja apropriada para o uso em seres humanos” (NISCHIMURA et al 1999).



Os autores ainda relatam que no Brasil, os isótopos disponíveis para finalidades clínicas são: iodo, gálio, tálio e tecnésio. O tecnésio é o mais utilizado na prática e em Medicina Nuclear, sendo indicado para o estudo de praticamente todos os órgãos. Emite, apenas, radiação gama, tendo boa penetração nos tecidos, meia vida de aproximadamente 6 horas, e baixa Transferência de Energia Linear (T.E.L.).

Os principais radiofármacos são: metileno difosfonato, ácido dietilenotriaminopentacético, ácido dimercaptosuccínico, estanho coloidal, pirofosfato de sódio, derivados de albumina, isonitrila isobutila de metoxila (utilizados nos exames cardíacos) e ácido iminoacético. Para cada exame existe um tipo específico de radiofármaco que é preparado por um técnico em radiologia<sup>2</sup> em sala específica.

Em Medicina Nuclear, a formação da imagem se dá a partir da radiação emitida pelo cliente e captada por câmaras de cintilação. Estas câmaras possuem um cristal detector que, interagindo com a radiação gama emitida pelo radioisótopo, produz fótons, que é o resultado do deslocamento de elétrons na estrutura do cristal, gerando assim, energia luminosa. Tal energia, transformada em pulsos elétricos, é processada para valores numéricos pelo computador e visualizada na forma de gráficos ou em imagens sequenciais (NISCHIMURA et al, 1999).



**Fotos 6 e 7:** Câmara de Cintilação e preparação do cliente exame.

O setor de Medicina Nuclear do ICSC é constituído por uma sala para a marcação dos exames, uma única recepção, uma radiofarmácia ou sala quente (onde são manipulados os radionuclídeos), uma sala de exames, uma sala do painel

<sup>2</sup> No setor de Medicina Nuclear do ICSC a preparação dos radiofármacos é feita pelo Técnico em Radiologia e pelo Físico, em sistema de rodízio, de forma a evitar a exposição excessiva, de cada um destes funcionários a radiação.

de comando e computador da câmara de cintilação, um pequeno corredor onde os clientes recebem a injeção dos radiofármacos, um banheiro exclusivo para clientes já “injetados”, uma sala de ergometria, uma sala de laudos e arquivos e um depósito para rejeitos radioativos. O setor ainda dispõe de um Quarto de Iodoterapia, localizado na Unidade C, no terceiro andar do prédio, inaugurado no dia 03 de agosto de 2004.

O Quarto de Iodoterapia foi construído dentro das normas da CNEN e é constituído por dois leitos separados por biombos chumbados, um banheiro e uma ante-sala. Este Quarto tem como principal objetivo atender a clientes com hipertireoidismo ou câncer de tireóide que necessitam de tratamento a base de iodo. Os clientes que receberão a dose terapêutica de iodo devem permanecer isolados por pelo menos três dias, para evitar que doses de radiação desnecessárias sejam depositadas em terceiros.



**Foto 8:** Quarto de Iodoterapia do ICSC.

No momento, a equipe multiprofissional da Medicina Nuclear está realizando treinamento para toda equipe de saúde do ICSC, especialmente a de Enfermagem, a fim de sensibilizar os profissionais, uma vez que estes ainda possuem preconceitos em relação à radiação.

A Medicina Nuclear atende de segunda a sexta-feira. Os exames são agendados na recepção e, em geral, é marcado um tipo de exame por período para melhor aproveitamento dos Kits de radiofármacos. Os clientes externos necessitam de autorização da Policlínica Regional de Florianópolis e entram numa fila de espera. Os clientes internos são agendados, conforme a gravidade de sua doença.



São realizados aproximadamente 20 exames por dia. O setor conta com uma equipe multiprofissional composta por um físico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, um técnico de radiologia, dois escriturários e três cardiologistas especialistas em Medicina Nuclear.

O setor de Medicina Nuclear do ICSC realiza exames de várias especialidades. Destacamos, na área de cardiologia, os seguintes exames: cintilografia do miocárdio por perfusão, cintilografia do miocárdio com pirofosfato e ventriculografia radioisotópica.

De acordo com Nischimura et al (1999), o exame cintilográfico da perfusão miocárdica tem como principal indicação diagnosticar áreas isquêmicas e/ou fibrose não detectadas pelo eletrocardiograma. Quando o cliente recebe o radiofármaco, o radioisótopo alcança o miocárdio e é captado pela célula viável, de modo que o resultado normal revela que as células miocárdicas estão íntegras e o fluxo sanguíneo nas coronárias, preservado. O exame é feito em duas fases: em repouso e com esforço. Assim, nos casos de angina, a captação do radiotraçador é normal no período de repouso, e alterada (hipocaptante) no esforço, enquanto no infarto, a hipocaptação está presente nas fases de repouso e de esforço. A área hipocaptante é a isquêmica, ou seja, corresponde a hipoperfusão regional durante a fase de esforço.

A cintilografia do infarto agudo do miocárdio é realizada com o uso de pirofosfato pela sua capacidade de se fixar na área de necrose tecidual aguda do miocárdio ou de outras regiões, dada a liberação local do cálcio. O exame possibilita observar a extensão da área hipercaptante ou local lesado, onde se fixa o radiotraçador. Está indicada para o diagnóstico de IAM dos ventrículos direito e esquerdo, no período entre 12 e 72 horas após o quadro.

A ventriculografia radioisotópica é um método utilizado para avaliar a função do ventrículo esquerdo, através de hemácias marcadas com radiofármacos específicos. Tem como indicação clínica o infarto do miocárdio, outras doenças isquêmicas e valvares, oferecendo dados acerca da motilidade da parede e fração de ejeção.

A CNEN estabelece um plano de proteção radiológica com medidas gerais de radioproteção bem como aquelas relacionadas com a aplicação de doses terapêuticas e gerência de rejeitos radioativos. Recentemente, o físico elaborou um plano específico de proteção radiológica para o ICSC aprovado pelo CNEN. Esta

Comissão realiza vistoria ao setor pelo menos uma vez ao ano a fim de fiscalizar a aplicação do plano de radioproteção.



**Fotos 9 e 10:** Físico (Octávio Guimarães) verificando a atividade de desintegração nuclear do radioisótopo (Tecnésio) e câmara onde é realizada a preparação do radionuclídeo.

Sabe-se que as palavras “nuclear” ou “radioativo” quando utilizadas geram sentimentos de preocupação, medo, terror, pânico e de catástrofe iminente. Contudo, há uma grande diferença entre as quantidades minúsculas de radiações envolvidas em Medicina Nuclear e as grandes quantidades relacionadas aos acidentes de Chernobyl e Goiânia, por exemplo.

Neste contexto, a atuação da equipe de Enfermagem é de suma importância tanto no preparo físico, quanto no emocional do cliente quando se refere aos exames e internações a serem realizados. Destaca-se, também, de igual importância, a inclusão dos familiares em todos o processo de orientação. Geralmente, o preparo físico restringe-se a suspensão de alguns medicamentos e alimentos e do hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas por tempo determinado e, algumas vezes, jejum oral. O serviço de Medicina Nuclear fornece, no momento da marcação do exame, ao cliente uma folha com as orientações gerais para o procedimento (Anexo C).

### **6.1.3 Ambulatório**

O Ambulatório Geral do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) localiza-se no andar térreo e é referência no Estado em atendimento a clientes com distúrbios cardiovasculares.



O Ambulatório Geral é composto por outros ambulatórios que realizam atendimentos específicos, como por exemplo: Ambulatório de Arritmias que se destina a revisão de marcapassos; o Ambulatório de Angioplastia para o controle de clientes que realizaram este procedimento; Ambulatório de Miocardiopatia atende clientes críticos e em estado terminal com miocardiopatia; Ambulatório de Cirurgia Cardíaca que atende clientes em pré-operatório e Ambulatório de Reabilitação Cardíaca destinado aos clientes do Programa de Reabilitação Cardíaca.

Além disso, no ambulatório são realizadas consultas médicas e de Enfermagem, curativos das incisões cirúrgicas, dos cateterismos e das angioplastia e exames como: eletrocardiograma, ecodopplercardiograma, teste ergométrico (transesofágico, transtorácico e de esforço).

O Ambulatório dispõe de nove consultórios, uma sala de espera central, dois banheiros para clientes, uma sala de chefia de enfermagem, uma sala de curativos, uma sala para Teste Ergométrico, uma sala para Eletrocardiograma, uma sala para Ecodopplercardiograma, uma sala para laudos, uma sala de espera para clientes internados, uma sala de espera para clientes externos, uma sala de repouso e uma sala de lanche.



**Fotos 11 e 12:** Ambulatório: realização de exames e agendamentos.

Neste setor são realizadas, em média, 250 consultas de Enfermagem por mês, onde são atendidos clientes de pré-operatório, com miocardiopatias, revisão de marcapassos, entre outros. Aos clientes que internarão no ICSC para cirurgia são entregue, na consulta de Enfermagem, orientações sobre a internação, as normas da instituição para clientes e acompanhantes, e prevenção de infecção hospitalar (Anexo D). A equipe de enfermagem é composta por 33 funcionários, incluindo escriturários.

Conta com 20 médicos, onde cada um realiza, em média, 12 consultas por dia, sendo que destas apenas três são destinadas a novos clientes. Os retornos são agendados no próprio ambulatório e as novas consultas pelos Centros de Saúde ou na Policlínica Regional de Florianópolis.

#### **6.1.4 Unidade Coronariana (UCO)**

A Unidade Coronariana (UCO) está situada no 2º andar do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (HRSJ), próximo a Unidade de Internação B do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC). Seu funcionamento equivale ao de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), atendendo os clientes em estado crítico e pós-cirúrgicos.

A admissão dos clientes se dá através do centro cirúrgico, da emergência, de outras unidades e de UTI para UTI, sendo que a preferência é para clientes vindos da emergência e de outras unidades do próprio ICSC. A rotina básica na admissão dos clientes é monitorá-lo, realizar eletrocardiograma e realizar controle dos sinais vitais.



**Foto 13:** Enfermaria da UCO: clientes sendo monitorizados.

Dispõe de uma recepção, uma sala de estar para funcionários, uma sala de descanso, uma sala de administração de enfermagem, dois expurgos, um banheiro



para funcionários, uma sala de lanche, uma sala para guarda de materiais e equipamentos, um quarto com um leito para transplantados, duas enfermarias sendo uma com seis leitos destinados a clientes clínicos e outra com cinco leitos destinados a clientes em pós-operatório, um quarto com dois leitos para clientes clínicos, dois postos de enfermagem (um em cada enfermaria) e um salão com quatro leitos destinados a clientes com alta da UCO que aguardam vaga nas unidades de internação.

A equipe de enfermagem é composta por 11 funcionários, sendo que oito são técnicos e auxiliares e três enfermeiros.



**Foto 14:** Equipe multiprofissional da UCO.

A visita familiar ocorre no horário das 12:00 as 12:30 hs e das 19:30 às 20:00 hs, onde é permitida a entrada de duas pessoas por cliente (um de cada vez). Os boletins médicos são fornecidos às 11:30 e às 19:00 hs, na capela do HRSJ.

No período de estágio, não tivemos a oportunidade de conhecer o funcionamento da Emergência e do Centro Cirúrgico, uma vez que a emergência do ICSC não possui uma estrutura física própria, dividindo o espaço com o Hospital Regional de São José. Além disso, a instituição possui normas rígidas que impedem a entrada de acadêmicos, no Centro Cirúrgico, como medida preventiva de infecção hospitalar,

Entretanto, consideramos que este objetivo foi alcançado, tendo em vista que tivemos a oportunidade de conhecer os outros serviços e setores e percorremos o ICSC com segurança. Além disso, sabíamos informar aos clientes sobre os setores, bem como orientá-los a respeito dos procedimentos neles realizados.

## **6.2 Objetivo 2**

*Planejar, acompanhar e executar atividades assistenciais junto aos clientes com DAC, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Angina.*

**Avaliação:** *Este objetivo será alcançado se prestarmos assistência integral e documentada à pelo menos seis clientes internados.*

## **6.3 Objetivo 3**

*Avaliar o conhecimento já adquirido pelo cliente sobre a sua condição de saúde e os mitos envolvidos, identificando os déficits de competência para o autocuidado, principalmente no que se refere às DAC.*

**Avaliação:** *Alcançaremos este objetivo após a análise do processo de Enfermagem adaptado de Orem e tivermos levantado os principais déficits de autocuidado de seis clientes internados.*

Após o conhecimento dos setores de diagnóstico e tratamento, iniciamos nossa prática assistencial na Unidade de Internação B. Nos primeiros dias, acompanhamos a supervisora nas visitas aos clientes. Esta, geralmente, acontecia no início do plantão. Neste momento, passamos a conhecer os clientes internados e a obter informações sobre sua condição de saúde. Isto facilitou sensivelmente a seleção dos clientes para este estudo, respeitando a proposta do projeto, que visava atender somente clientes acometidos por Doença Arterial Coronariana (DAC).

Observou-se que a instituição não tem como rotina a passagem de plantão, o que acreditamos dificultar a assistência, porém existe no Instituto um projeto de implementação para esta rotina (Anexo E).



Inicialmente, selecionamos um cliente para realizarmos um teste piloto de nosso instrumento de coleta de dados (Apêndice C). Separamos os clientes com DAC, que tivessem menos co-morbidades e idade inferior a 70 anos. Este critério foi utilizado para que pudéssemos testar o instrumento e direcionar melhor nosso estudo, e principalmente conhecer os mitos gerados por estas doenças. Acreditamos que os clientes com diabetes e hipertensão, geralmente, associam sua condição de saúde a estas co-morbidades.

Sabemos que uma pessoa aumenta suas chances de desenvolver problemas cardiovasculares com o passar dos anos. Entretanto, optamos por trabalhar com clientes com idade inferior a 70 anos, pois a maioria dos clientes (76%) do ICSC se encontrava na faixa etária de 31 a 70 anos, como foi visto nos resultados de nossa investigação (Gráfico 1).

Após o teste piloto, percebemos a necessidade de fazer algumas alterações no instrumento de coleta de dados, de forma que este ficasse mais operacional. Depois de corrigido passamos a aplicar o mesmo e implementar o processo de enfermagem, com base na teoria de Orem. Conseguimos realizar sete processos de enfermagem com clientes internados na Unidade de Internação B.

Ao estabelecer o primeiro contato com o cliente, nos apresentávamos como acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Além disso, explicávamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e a finalidade de nosso estudo.

As entrevistas seguiam o roteiro já mencionado. Buscamos ampliar as informações sobre a condição de saúde dos clientes, por meio de exame físico, de consultas aos prontuários, da equipe de saúde e dos familiares.

Durante as visitas aos clientes, procuramos reforçar o vínculo pessoa-pessoa, estabelecido no primeiro encontro com estes. Além disso, procuramos exercer a escuta ativa e sensível para que pudéssemos planejar e implementar as ações de enfermagem em conjunto com os clientes e familiares. No Apêndice F constam três exemplos do processo de enfermagem.

A partir da aplicação do instrumento, identificamos os déficits de autocuidado dos clientes, seus anseios e expectativas e os mitos acerca das DAC, bem como avaliamos o conhecimento já adquirido pelos clientes sobre sua condição de saúde. Dos principais déficits de autocuidado encontrados, os que mais se destacaram foram os relacionados:



♥ Ao influxo de ar: desconforto respiratório (dispnéia e dor), presença de tosse seca, tabagismo e desconhecimento do prejuízo do cigarro ao coração.

♥ Ao influxo de água: ingestão excessiva de café, ingestão insuficiente de água e ingestão excessiva de álcool.

♥ Ao influxo de alimentação: ingestão rica em gordura, sobrepeso e obesidade, número insuficiente de refeições e ingestão pobre em frutas e verduras.

♥ A manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso: sedentarismo, sobrecarga de trabalho e medo da incapacidade para o trabalho.

♥ A manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social: descontentamento, afastamento do convívio social e ansiedade.

♥ A prevenção de risco à vida, ao funcionamento e bem-estar: história familiar de doença cardiovascular e co-morbidades (Dislipidemia, Diabetes e Hipertensão).

♥ A promoção do funcionamento e desenvolvimento normais: medo da prática de atividade sexual.

♥ Ao requisito de autocuidado desenvolvimental: baixa auto-estima, percepção de não ser saudável, medo da incapacidade física e descontentamento com a vida.

♥ Ao requisito de autocuidado nos desvios de saúde: desconhecimento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, desconhecimento do funcionamento do sistema cardiovascular, falta de esclarecimento acerca da sua condição de saúde e desconhecimento dos procedimentos cirúrgicos.

Junto às informações prestadas pelos clientes, pudemos identificar também alguns mitos acerca dos problemas cardiovasculares. A seguir, citaremos alguns depoimentos dos clientes, que expressaram os maiores mitos encontrados.

### **Mito 1: “A comida natural é saudável”**

Encontramos, por meio de algumas falas de um dos clientes, pistas que revelaram este mito.

*“Tudo que eu como é saudável, porque é tudo natural, feito em casa. É tudo produzido por nós. Quase não como estas comidas industrializadas”. (Poseidon)*

Poseidon é um agricultor que reside em uma cidade no interior do estado. Sua alimentação é basicamente o que planta e produz, ou seja, queijos, nata, manteiga, banha de porco, frutas e verduras, entre outros. Este cliente acredita que sua alimentação é saudável porque quase não consome produtos industrializados. Ignora o fato de sua alimentação, apesar de ser natural, ser rica em gordura, sobretudo a animal, e que esta possa ter tido relação com seu problema de saúde (IAM).

Notamos que este fragmento de mito, expressado por Poseidon, se estendeu a outros clientes que também expressaram a idéia de que uma alimentação natural é sempre saudável. Entendemos a verdade deste pensamento, porém esta verdade é imperfeita, uma vez que nem tudo que é natural é saudável, por exemplo: o leite natural é aquele ordenhado direto do animal (rico em gordura), e dependendo do estágio do desenvolvimento humano este será saudável ou não. Tratando-se de indivíduos com problemas cardiovasculares sabe-se que este tipo de alimento deverá ser evitado, mesmo sendo natural.

### **Mito 2:** *“Sexo após o infarto é impossível”*

Com relação à atividade sexual percebemos um desconforto entre os clientes ao falarem deste assunto. Sabe-se que este assunto é cercado de vários tabus, mas mesmo assim instigamos os clientes a expressarem seus medos e dúvidas. Nesta abordagem, pudemos identificar outros fragmentos de mitos.

*“Sexo nunca mais”! (Adônis)*

*“...eu já não tinha muito interesse, agora mesmo é que nunca mais”! (Afrodite)*

*“Sexo é uma atividade intensa, certamente vou passar mal. Posso até dar um treco”. (Ártemis)*

Por meio destas falas, notamos várias associações entre a prática da atividade sexual e as doenças cardiovasculares. Muitos clientes apresentam medo de uma nova crise e até mesmo da morte durante o sexo. Outros utilizam sua nova condição de saúde como uma “fuga” da atividade sexual.

O mito propriamente dito, com relação à atividade sexual, é que esta prática é impossível para pessoas infartadas ou que foram submetidas às cirurgias cardíacas. O que não é uma verdade perfeita, pois se sabe que esta condição de saúde não impossibilita fisicamente o indivíduo para esta prática, uma vez que a atividade sexual, segundo Porto (1998), é considerada uma atividade de esforço moderado, semelhante à subida de dois lances de escada.

Contudo, é necessário um período de repouso para a recuperação do indivíduo como forma de evitar futuras complicações, preparando-o para reassumir suas atividades, o que caracteriza a parte verdadeira deste mito.

Com base na identificação dos déficits e dos mitos, planejamos, acompanhamos e executamos as atividades assistenciais junto aos clientes com distúrbios cardiovasculares, principalmente por meio de educação em saúde, que visou, além de trabalhar os déficits, a desmitificação das doenças cardiovasculares.

A partir disso, construímos um plano de cuidados individualizado de acordo com o sistema de enfermagem ao qual cada cliente necessitava, respeitando as crenças, os hábitos, os conhecimentos e as habilidades prévias, além das condições sócio-econômicas de cada um. Este plano foi implementado no decorrer da internação, de acordo com as necessidades, as potencialidades e as limitações de cada cliente para a construção de ações de autocuidado, com a perspectiva na melhoria na sua qualidade de vida.

Durante o período de estágio, tivemos poucas oportunidades de realizar procedimentos de enfermagem, visto que os clientes eram independentes e poucos necessitavam dos sistemas de enfermagem parcialmente ou totalmente compensatórios. Contudo, realizamos alguns curativos, o controle dos sinais vitais, acompanhamos a retirada de fios de marcapasso e de punção venosa, além de cuidados de higiene e conforto. Procuramos a todo o momento elucidar a finalidade dos procedimentos, bem como a realização dos mesmos, obedecendo aos princípios técnico-científicos. Solicitamos para que as supervisoras nos chamassem em casos



de alguns procedimentos específicos, o que não ocorreu durante o período de estágio.

Para ilustrar um pouco dos clientes que fizeram parte de nosso estudo, elaboramos um quadro geral com o perfil destes, onde substituímos seus nomes por personagens da mitologia grega, a fim de garantir o anonimato destes clientes. Optamos por nomes da mitologia grega, pois nosso estudo realizou-se no mesmo ano das Olimpíadas (2004), que aconteceu na Grécia. A seguir apresentamos um quadro com o perfil dos clientes, que integraram nossa prática assistencial:



QUADRO 2: Perfil dos clientes que integraram nossa prática assistencial.

<b>CLIENTES</b>	 <b>AFRODITE</b>	 <b>ARES</b>	 <b>DIONÍSIO</b>
<b>Idade</b>	52	58	58
<b>Sexo</b>	F	M	M
<b>Profissão</b>	Do Lar	Aposentado (lavoura)	Caminhoneiro
<b>Escolaridade</b>	Fundamental Incompleto	Fundamental Incompleto	Fundamental Completo
<b>Procedência</b>	Palhoça	Guarujá do Sul	Palhoça
<b>Tabagismo</b>	Ex-tabagista	Não	Ex-tabagista
<b>Dislipidemia</b>	Sim	Sim	Sim
<b>Sedentarismo</b>	Sim	Não	Sim
<b>Obesidade</b>	Sim	Sim	Sim
<b>Diabete</b>	Não	Não	Sim
<b>Hipertensão</b>	Sim	Não	Não
<b>Hereditariedade</b>	Sim	Sim	Não
<b>Diagnóstico</b>	IAM + Angina	IAM	IAM

			
<b>HERMES</b>	<b>PERSEU</b>	<b>POSEIDON</b>	<b>ZEUS</b>
58	50	49	64
M	M	M	M
Aposentado (pedreiro)	Aposentado	Agricultor	Aposentado (vendedor)
Fundamental Incompleto	Fundamental Incompleto	Médio Completo	Médio Incompleto
Tubarão	Florianópolis	Canelinha	Florianópolis
Não	Ex-tabagista	Sim	Ex-tabagista
Sim	Sim	Sim	Não
Não	Sim	Não	Não
Sim	Sim	Não	Não
Não	Sim	Não	Não
Sim	Sim	Não	Sim
Sim	Desconhece	Desconhece	Sim
IAM	IAM	IAM + Angina	IAM + Angina

Fonte: Processos de Enfermagem, agosto a outubro de 2004.

Observamos que dos clientes assistidos, a maioria possui baixo nível de escolaridade, que acreditamos influenciar na compreensão do seu processo de desvio de saúde. Além disso, notamos que estes clientes apresentam um grande número de fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, principalmente no que diz respeito ao tabagismo e à dislipidemia.

Percebemos que conseguimos atingir estes objetivos, pois realizamos a prática assistencial documentada em sete processos de enfermagem, superando a quantidade proposta no projeto.

#### **6.4 Objetivo 4**

*Desenvolver ações educativas aos clientes e seus familiares, visando trabalhar as dificuldades com aqueles que apresentarem déficits de competência para o autocuidado.*

**Avaliação:** *O objetivo será atingido de modo quantitativo se desenvolvermos, no mínimo dez ações individuais e quatro coletivas. Qualitativamente as ações serão avaliadas pelos participantes, após o término de cada encontro, através de um instrumento de avaliação (Apêndice E) com escala de satisfação.*

Para assistir os clientes com doenças cardiovasculares (DCV) de forma integral, faz-se necessário não apenas determinar o tipo de cuidados que este precisa, mas também conhecer e trabalhar suas dificuldades e competências, a fim de estimular o papel ativo do cliente em sua recuperação.

Segundo Orem apud Foster e Janssens (1993), os cuidados de Enfermagem tornam-se necessários, por exemplo, quando as pessoas precisam incorporar medidas complexas de autocuidado em seu cotidiano. Estas medidas exigem conhecimentos e habilidades especializados e devem ser obtidas por meio de educação e vivência.

Em geral, os clientes com Doenças Arteriais Coronarianas (DAC) necessitam incorporar ações de autocuidado em suas atividades de vidas diárias, que visem ampliar e melhorar sua qualidade de vida, como por exemplo: eliminar o excesso de gordura de sua alimentação, abandonar o tabagismo, realizar exercícios físicos,



evitar o estresse, entre outros. Contudo, muitas destas ações requerem mudanças de hábitos que acompanham os clientes por muito tempo, por isso, assim como Orem, acreditamos que a Enfermagem faz-se necessária para auxiliar o cliente a compreender seu processo de desvio de saúde, orientando e buscando junto aos mesmos, medidas que contribuam para que ocorram tais mudanças.

Procuramos, durante o desenvolvimento de nossa prática assistencial, saber sobre a existência de programas de educação em saúde no ICSC, especialmente na Unidade B, através de conversas informais com a equipe multiprofissional, a fim de que pudéssemos planejar nossas atividades sem interferir nas atividades já existentes.

Depois dessa investigação, realizamos no decorrer de nosso estágio ações educativas coletivas e individuais, baseadas nos déficits de autocuidado identificados, relacionados à: alimentação, atividades física, tabagismo, estresse conhecimento da doença, fatores de risco, entre outros.

As ações educativas individuais aconteceram durante o período que permanecemos na unidade. Estas eram realizadas com todos os clientes e suas famílias que prestamos assistência e não somente com os clientes selecionados para a implementação do processo de enfermagem. As orientações eram feitas por meio de conversas informais e fornecimento de material educativo (*folders* e cartazes).

Para o desenvolvimento das ações educativas coletivas procuramos ampliar nossos conhecimentos técnico-científicos amparadas em literaturas específicas. Realizamos quatro atividades educativas coletivas previamente planejadas, sendo que em muitos momentos algumas atividades individuais tornaram-se coletivas mediante o interesse expresso pelos familiares e colegas de quarto.

Em cada uma das atividades coletivas realizadas utilizamos vários recursos lúdicos e didáticos, de modo a compartilhar saberes e experiências e envolver os participantes, fazendo com que os mesmos atuassem ativamente nas atividades.

Abaixo segue a descrição das atividades educativas coletivas desenvolvidas:



**1ª Atividade Educativa Coletiva**  
**Comemoração do Dia Mundial do Coração (30 de setembro)**  
**“Vídeo e Gincana”**

No dia 27 de setembro de 2004, fomos até a Sala de Estar da Unidade B, local da atividade, a fim de determinar a disposição dos lugares e verificar o número de participantes que poderiam ser acomodados. Conversamos ainda, com a assistente social do Instituto a fim de que a mesma cedesse a sala, pois esta é ocupada pela profissional nas quintas-feiras.

No dia seguinte, acompanhamos a supervisora nas visitas aos clientes e selecionamos aqueles que gostaríamos que participassem da atividade proposta, obedecendo aos critérios previamente estabelecidos no Planejamento da Atividade (Apêndice G). Obtivemos a confirmação da disponibilidade da sala pela Assistente Social. Fomos ainda, providenciar os materiais necessários para a realização da atividade. Confeccionamos quatro cartazes com temas referentes a alimentação, fumo, estresse e sexualidade, para afixar na Sala de Estar, além dos convites. Elaboramos um roteiro e tarjetas com as perguntas e respostas para a gincana. Além de dois *folders*: um sobre o fumo e outro sobre a alimentação, que estão, respectivamente, nos apêndices K e L.

Dia 29 de setembro de 2004, fixamos os cartazes na Sala de Estar. Entregamos os convites aos clientes escolhidos e esclarecemos aos acompanhantes sobre a impossibilidade dos mesmos participarem da atividade, devido ao pequeno espaço físico. Estendemos o convite à nutricionista, à assistente social, ao profissional de educação física, ao físico e à enfermeira da medicina nuclear. Preparamos uma cesta com frutas, pães integrais e queijo branco para a premiação da equipe vencedora da gincana.

No dia 30 de setembro de 2004, concluímos a cesta e organizamos a sala para a recepção dos participantes, que chegavam aos poucos. Iniciamos a atividade às 9:15 horas. Estavam presentes 14 clientes, um acompanhante, duas acadêmicas de nutrição, uma técnica de enfermagem, uma assistente social e um profissional de educação física, e a nossa orientadora. Acolhemos os participantes, entregando a cada um uma maçã decorada, *folders* e a ficha de avaliação.



**Fotos 15 e 16:** Participantes da atividade educativa - Dia Mundial do Coração.

Nos apresentamos, falamos do objetivo da atividade e de seu desenvolvimento. Solicitamos que os participantes fizessem uma breve apresentação. No primeiro momento, os participantes tiveram a oportunidade de assistir uma reportagem do Globo Repórter, exibida em 24 de setembro de 2004, sobre o coração. Após a apresentação do vídeo, procuramos elucidar as dúvidas que surgiram. Para nossa surpresa, além dos questionamentos, percebemos que havíamos proporcionado um momento de desabafo, onde alguns dos clientes relataram suas experiências, com muita emoção.



**Fotos 17 e 18:** Momentos da realização da gincana.

No segundo momento, solicitamos que os participantes se dividissem em três grupos para realizarmos uma gincana com nove perguntas sobre temas como alimentação, fumo, estresse, sexualidade e atividade física. Entregamos 18 tarjetas para cada equipe, e informamos que poderiam procurar as respostas. Após a



explicação iniciamos o jogo. Durante a realização da gincana procuramos elucidar as dúvidas contando com a colaboração dos outros profissionais de saúde presentes.

Finalmente, ao concluir a gincana, premiamos a equipe vencedora e agradecemos a participação de todos, ressaltando a importância da entrega das fichas de avaliação.



**Foto 19:** Premiação da equipe vencedora da gincana.

Ao realizar a avaliação da atividade, os clientes referiram que a mesma foi proveitosa, divertida e gratificante. Além disso, percebemos o envolvimento de todos os participantes na atividade, no compartilhamento entusiasmado de saberes e experiências através de suas falas:

*“Conseguí entender várias coisas e aprendi o que não sabia”.*  
(Atena)

*“...daqui para a frente sei os cuidados que tenho que tomar para ter uma vida melhor”.* (Ártemis)

*“...fiquei muito contente de participar, gostei muito de ouvir as palestras”.* (Hypnos)

*“Aprendi que a alimentação é fundamental para o coração e caminhar todos os dias melhora a saúde”.* (Poseidon)

Contudo, percebemos que o tempo proposto para a atividade foi longo, causando uma certa dispersão entre os participantes ao final da atividade.

## **2ª Atividade Educativa Coletiva**

### **Conhecendo o Sistema Cardiovascular**

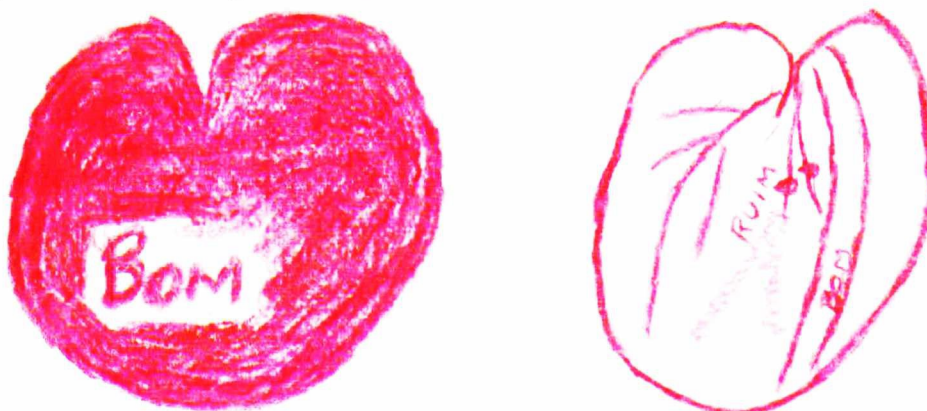
#### **“Cartazes e Desenhos”**

No dia 11 de outubro de 2004, fomos pessoalmente aos quartos dos clientes, previamente selecionados, para convidá-los a participarem da atividade educativa coletiva.

No dia seguinte, confeccionamos dois cartazes explicativos para a exposição do assunto. Um deles tratava do funcionamento do sistema cardiovascular e o outro sobre os eventos que ocorrem no Infarto do miocárdio. Providenciamos ainda, os outros materiais para a realização da atividade como: caixa de fósforos, folhas brancas, lápis de cor e giz de cera.

Dia 13 de outubro de 2004, arrumamos a Sala de Estar para receber os participantes de nosso encontro. Iniciamos a atividade às 9:40 hs com a dinâmica da “Caixa de Fósforos”, conforme o planejamento em apêndice H. Inicialmente fizemos as apresentações e no segundo momento, começamos a exposição do conteúdo sobre o Sistema Cardiovascular. Na medida em que os participantes faziam questionamentos procuramos elucidar as dúvidas surgidas durante a apresentação.

Em seguida, solicitamos que os presentes que desenhasssem como percebiam seu coração antes e após o problema cardíaco. Alguns participantes desenharam e outros apenas observaram. Prosseguimos a atividade com a explicação de cada integrante sobre seus desenhos.



**Figura 6:** Desenhos feitos por “Ares”.



Logo após, iniciamos a exposição sobre o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e elucidamos as dúvidas surgidas, embora a intenção fosse trabalhar apenas esses conteúdos, os participantes solicitaram informações sobre outras patologias como, o Aneurisma de Aorta e a Insuficiência Mitral. Percebemos a importância destas informações, em especial, quando um dos clientes referiu:

*“Quando o médico me disse que eu tinha um aneurisma na aorta, não entendi nada. Pra mim aorta era onde a gente plantava. (...) Agora entendi o que eu tenho”. (Orfeu)*

Ao concluirmos a atividade educativa, agradecemos a participação de todos e solicitamos que preenchessem a ficha de avaliação.

Avaliamos a atividade como proveitosa e gratificante, pois percebemos o envolvimento de todos os participantes na atividade e no compartilhamento de dúvidas sobre o assunto. Notamos também, que os próprios participantes reconheceram a importância da atividade, por meios de falas como as que seguem:

*“Sugiro que este trabalho continue, pois traz vários benefícios aos internos”. (Afrodite)*

*“Para mim foi muito bom. Apreendi coisas importantes que vão me ajudar a viver melhor com a minha doença”. (Perseu)*

Mais uma vez percebemos a importância desta atividade, pois no decorrer do estágio identificamos o quanto é expressivo o déficit de conhecimento do cliente em relação a sua condição de saúde.

### **3ª Atividade Educativa Coletiva**

#### **“Orientações para Alta Hospitalar”**

Essa atividade foi sugerida por uma de nossas supervisoras e emergiu da necessidade de orientar uma família para a alta hospitalar. Planejamos esta atividade, segundo apêndice I.

No dia 05 de outubro de 2004, fomos até o quarto do cliente “Apolo” e nos apresentamos. Informamos que a finalidade de nossa visita era orientá-lo sobre os

cuidados que deveriam ser seguidos após a Alta Hospitalar. Foram enfatizados os seguintes aspectos: higiene corporal, realização do curativo da incisão cirúrgica, sinais de infecção, retirada de pontos, medicações, necessidade de acompanhamento ambulatorial, cuidado com o sono (posição para dormir), fumo, alimentação, atividade sexual, necessidade dos exercícios físicos entre outros. Todas estas informações foram baseadas no *folder* de orientações para a alta hospitalar da instituição, conforme anexo F.

Procuramos esclarecer todas as dúvidas a fim de que o cliente e sua família assumissem as ações de autocuidado de modo eficaz. Ambos foram muito receptivos às orientações, demonstraram interesse e satisfação em relação à assistência prestada.

Embora essa atividade tenha sido planejada apenas para uma família em particular, durante o estágio surgiu à necessidade de realizarmos a mesma atividade aos demais clientes e familiares que participaram do nosso estudo e que receberam alta hospitalar. Entretanto, para tal assistência, consideramos a singularidade de cada um e respeitamos o planejamento da terceira atividade educativa (Apêndice I).

#### **4ª Atividade Educativa Coletiva**

##### **“Encerramento”**

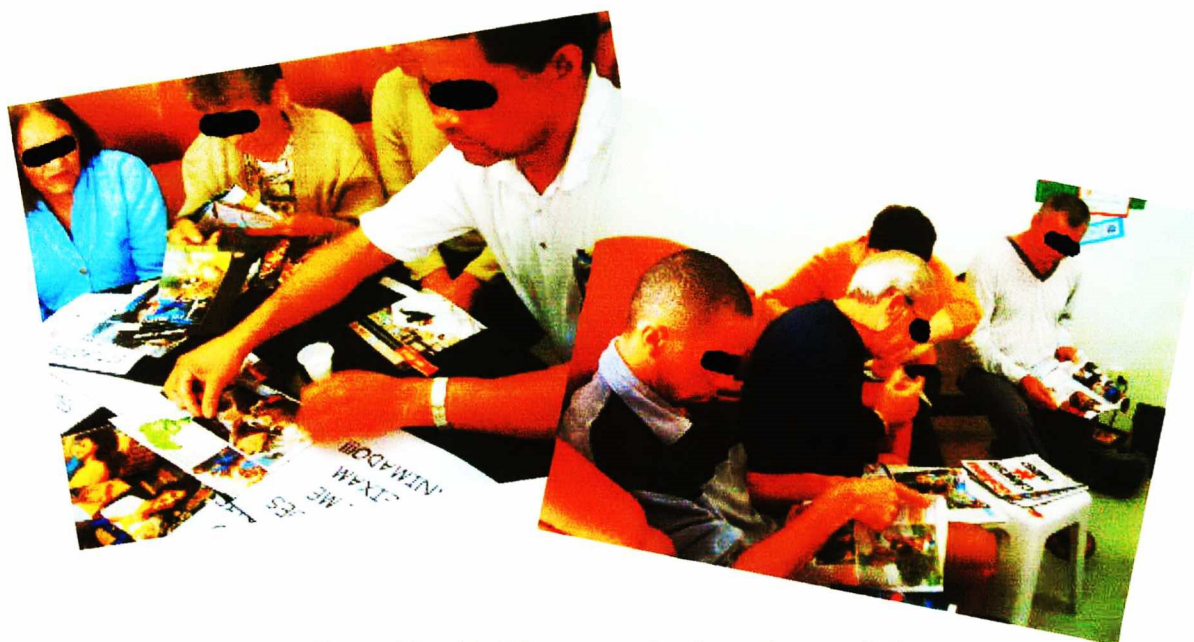
No dia 20 de outubro de 2004, confeccionamos os convites para a atividade de encerramento do estágio com os clientes.

No dia seguinte, entregamos os convites aos clientes selecionados conforme o planejamento da atividade no Apêndice J. Iniciamos a confecção das lembranças (corações de sabonete), do Certificado de Amizade e dos painéis.

No dia 22 de outubro, preparamos a sala com balões dispostos nas paredes da mesma e selecionamos as músicas que utilizaríamos na atividade. Aguardamos a chegada dos participantes e iniciamos a atividade às 9:40hs, com a dinâmica “Construindo um coração”.

Após a apresentação de todos, dividimos os participantes em dois grupos e explicamos como deveriam fazer para confeccionar os painéis: “Situações que me deixam Animado” e “Situações que me deixam Desanimado”.





**Fotos 20 e 21:** Clientes confeccionando os painéis.

Determinamos um tempo para que os grupos pudessem confeccionar os painéis (15 minutos). Em seguida, solicitamos que os grupos elegessem um representante para explicar os painéis. Posteriormente, houve uma discussão em conjunto sobre os painéis e reforçamos a necessidade de cuidar do coração reforçando a auto-estima de cada participante. Ressaltamos a importância de valorizarmos os momentos e situações que nos fazem bem e dar menos importância para o que nos incomodam e nos deixam triste.



**Foto 22:** Painéis confeccionados pelos clientes.

No encerramento da atividade, pedimos aos participantes que fechassem os olhos e acompanhassem o que a facilitadora solicitava no decorrer da dinâmica. Foi sugerido que todos dessem as mãos a fim de transmitir energia positiva um para o outro e em seguida, para que abraçassem a si mesmos e depois aos colegas. Cada participante teve a oportunidade de apanhar um coração com um sentimento e explicar o porquê de sua escolha.



**Foto 23:** Confraternização entre os participantes.

Ao final, todos agradeceram (participantes e acadêmicas) e demonstraram forte emoção e um grande envolvimento.

Foram entregues, pelas acadêmicas aos clientes, as lembranças e os certificados de amizade pela suas participações e agradecimentos pela colaboração dada durante o período de estágio.



**Foto 24:** Certificado de Amizade e lembranças.



Percebemos que a troca de conhecimentos e experiências entre a enfermagem e o cliente com DAC, favoreceu o desenvolvimento de suas potencialidades e capacidades, encorajando-o para ações de autocuidado.

Além disso, o fornecimento de informações adequadas sobre as doenças cardiovasculares permitiu uma maior compreensão por parte dos acometidos por estas, ajudando-os no seu autocuidado e possibilitando aos mesmos vivenciar melhor o seu processo de desvio de saúde.

Avaliamos este objetivo como concluído e realizado com sucesso, pois conseguimos desenvolver dez atividades educativas individuais e quatro coletivas, conforme o proposto para este estudo.

Por fim, acreditamos que a Enfermagem, por meio de educação em saúde, pode auxiliar os clientes na adaptação ao desvio de saúde, na prevenção de complicações, na adesão consciente ao tratamento. Desta forma, o cliente pode tornar-se um agente ativo de seu autocuidado.

## 6.5 Objetivo 5

*Participar das atividades dos grupos de apoio, já existentes no ICSC, oferecidos aos clientes e familiares, reafirmando o papel da Enfermagem em sua função educativa.*

**Avaliação:** *Atingiremos este objetivo se participarmos das atividades realizadas pelos grupos e pudermos executar uma ação educativa em pelo menos um destes grupos.*

Por meio da intermediação de nossa supervisora, tivemos a oportunidade de conhecer os responsáveis pelos grupos de apoio que atuam no ICSC, tais como: Reabilitação Cardíaca, Grupo da Família e o Grupo de Orientação para Alta Hospitalar/Pós-Cirúrgicos.

Abaixo segue a descrição do funcionamento dos “grupos”:

### 6.5.1 Programa de Reabilitação Cardíaca

O primeiro grupo que entramos em contato foi o da Reabilitação Cardíaca. Este se caracteriza como um extenso programa e não como um grupo de apoio fixo e restrito, como pensávamos antes de começar o estágio.

O Programa de Reabilitação Cardíaca foi implantado pelo Cardiologista Tales de Carvalho e funciona há aproximadamente sete anos, atendendo, atualmente, à 90 clientes, sendo que já passaram pelo programa 320 pessoas. O programa tem como objetivo reabilitar clientes com problemas cardiovasculares, diminuindo o risco de morte por estas doenças, além de estimular a autonomia do cliente em relação à prática de exercícios físicos.

A equipe multiprofissional deste programa é formada por: dois profissionais de educação física e um médico, dispondo ainda do auxílio de um estagiário de Educação Física, uma nutricionista, entre outros,

Este programa é composto por três fases distintas:

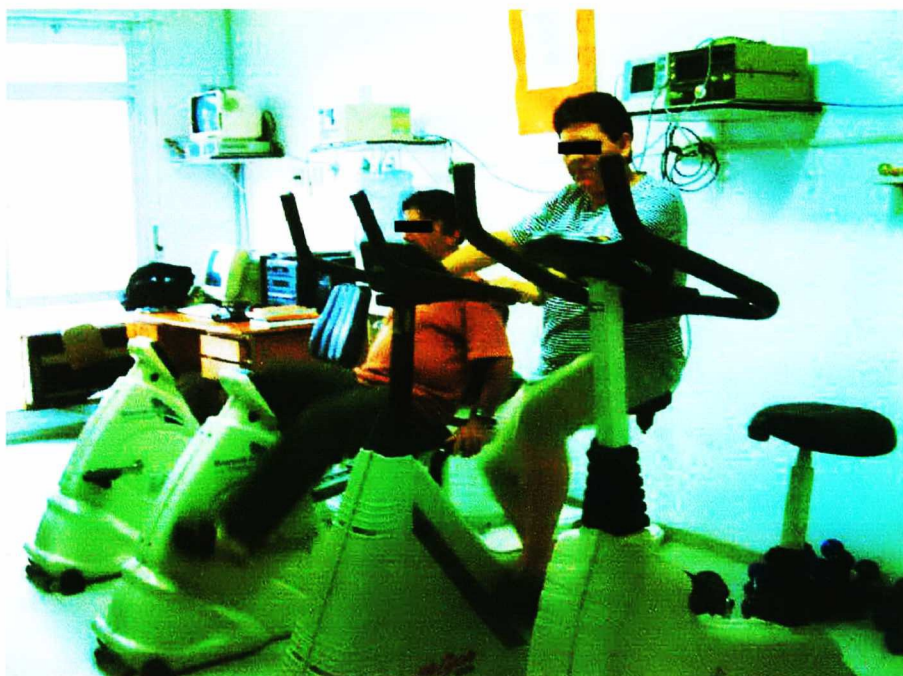
**Fase 1:** Nesta fase, o médico cardiologista (um dos responsáveis pelo programa) e os residentes convidam os clientes do ambulatório e das unidades de internação com diagnóstico médico de Doença Coronariana para uma palestra. Nesta, são abordados temas como: o funcionamento do sistema cardiovascular, a aterosclerose, os fatores de risco para os distúrbios cardiovasculares, a importância dos exercícios físicos, entre outros. Ao final da palestra, é distribuído uma folha com orientações (Anexo G) para cada um dos participantes. Os mesmos são convidados para participarem do programa de Reabilitação. Esta primeira fase ocorre às sextas-feiras, às 10 horas da manhã.



Foto 25: Cardiologista na Fase 1 do Programa de Reabilitação Cardíaca.



**Fase 2:** Em geral, após consulta ambulatorial, realização de exames laboratoriais e teste ergométrico, os clientes passam a ser encaminhados para a segunda fase do programa. Os profissionais de educação física são quem realizam a monitorização dos clientes e avaliação das condições cardíacas destes, durante a prática dos exercícios físicos. Esta avaliação se dá por meio de equipamentos especializados como: eletrocardiograma, monitores cardíacos, bicicletas ergométricas, esteiras, entre outros; que permitem a identificação da capacidade máxima de cada cliente durante a realização do exercício. Nesta fase o atendimento é diário e ocorre das 9:30 às 12:00 h e das 13:00 às 16:30 h, em uma sala específica, localizada no 3º andar do prédio do ICSC.



**Foto 26:** Clientes na Fase 2 do Programa de Reabilitação Cardíaca.

**Fase 3:** Somente após a conclusão da fase 2, os clientes passam a realizar os exercícios físicos de alongamento e caminhada ao ar livre, sob a supervisão dos profissionais de educação física. O intuito desta fase é desenvolver a autonomia dos clientes com relação aos exercícios, uma vez que há necessidade dos mesmos, após a “alta”, incorporem esta prática nas suas atividades do cotidiano. Esta fase ocorre todos os dias das 8:00 às 9:00 horas, no campo da Associação dos Funcionários do Hospital Regional de São José e do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

## Ações Desenvolvidas no Programa de Reabilitação Cardíaca

Durante nosso estágio, tivemos a oportunidade de assistir uma única palestra do médico cardiologista correspondente a Fase 1, pois o mesmo estava em férias. Contudo, pudemos contribuir com esta fase disponibilizando um *folder* sobre alimentação (Apêndice L) para os médicos que realizaram a palestra, estes elogiaram e demonstraram interesse em utilizá-lo.

No que se refere a palestra realizada pelo médico, este explicou o funcionamento do sistema cardiovascular utilizando recursos didáticos como um quadro com figuras ilustrativas. Em seguida, comentou sobre o processo de formação das placas de ateromas nos vasos sanguíneos. Explicou ainda, sobre os fatores de riscos e a importância do exercício físico. Fez questionamentos a cada um dos participantes em relação aos fatores de risco que estavam envolvidos, de modo a fazê-los participar e motivá-los para o tratamento.

Ficamos contentes e surpresas com a dinâmica e a linguagem acessível utilizada pelo médico em suas orientações. O mesmo não tentou impor mudanças radicais e súbitas no estilo de vida dos clientes.

Na Fase 2, colaboramos com a confecção de cartazes educativos sobre alimentação, tabagismo, atividade sexual e estresse. Estes temas foram sugeridos pelos profissionais de educação física, uma vez que percebiam que a maioria dos clientes apresentava déficits de autocuidado relacionados a estes assuntos.



**Fotos 27 e 28:** Cartazes Educativos afixados na sala de Reabilitação

Percebemos que, nesta fase, ocorre uma maior aproximação e se estabelece uma relação de confiança e amizade entre os profissionais de educação física e os



clientes. Isto permite aos clientes o esclarecimento de suas dúvidas em relação aos seus problemas de saúde.

Na Fase 3, realizamos um levantamento da pressão arterial dos clientes presentes, antes e após os exercícios físicos, com a finalidade de fornecer dados aos profissionais de educação física para avaliarem as alterações de pressão dos clientes.

Durante esta fase, notamos que muitos clientes já estavam mais independentes e conscientes da importância da realização dos exercícios físicos. Percebemos que esta fase contribui para a socialização do cliente, uma vez que estes conseguem estabelecer relações de amizade entre si. Nesta fase, em todo momento, são respeitadas as necessidades e as particularidades de cada cliente, sem imposições ou cobranças.

Ficamos satisfeitas e lisonjeadas em termos colaborado com um programa tão importante como este. Tivemos o reconhecimento do nosso trabalho pela equipe, e principalmente pelos clientes que fizeram parte do programa. Acreditamos que o sucesso deste programa é consequência da intensa dedicação e do empenho de todos os membros da equipe multiprofissional que buscam sempre a melhoria da qualidade de vida do cliente, bem como a sua autonomia.



**Foto 29:** Acadêmicas com os profissionais de educação física do Programa de Reabilitação Cardíaca.

### 6.5.2 Grupo de Orientação para Alta Hospitalar/ Pós-Operatório

O grupo teve início em 1991 e foi implantado por uma equipe multidisciplinar do ICSC, com o objetivo de fornecer orientações aos clientes pós-cirúrgicos e com previsão de alta hospitalar.

Os encontros são organizados por uma equipe multiprofissional constituída por: enfermeira, nutricionista, assistente social e profissional de educação física. A realização do grupo ocorre de acordo com a demanda de clientes pós-cirúrgicos e com previsão de alta hospitalar, das unidades de internação. Por esse motivo, este grupo não tem dia fixo semanal para acontecer.



**Foto 30:** Grupo de Pós-Operatório.

Tivemos a oportunidade de participar de um dos encontros, no dia 17 de novembro de 2004, onde toda a equipe multiprofissional que organiza o grupo estava presente. Neste dia, oito clientes participaram do encontro.

Observamos que cada profissional procurou orientar os clientes sobre os assuntos relativos à sua área. Percebemos uma forte interação entre os membros da equipe que, em geral, buscavam complementar as orientações de seus colegas.

Cada profissional abordou alguns aspectos em relação aos cuidados que os clientes deveriam seguir.



**Enfermeira:** esta orientou sobre os cuidados relativos ao curativo da incisão cirúrgica, o período ideal para retirada dos pontos da incisão, a posição mais adequada para dormir (permitindo a cicatrização correta do esterno que acontece somente a partir do 50º dia pós-cirurgia), o benefício e os melhores horários para o banho de sol na incisão cirúrgica. Solicitou ainda que, antes da alta, os clientes fossem ao posto de enfermagem para se informar a respeito do horário das medicações e sobre o período de retorno para a avaliação médica.



**Foto 31:** Enfermeira orientando os clientes.

**Nutricionista:** orientou sobre a dieta alimentar e a necessidade de fazer algumas modificações que são fundamentais para o sucesso do tratamento das doenças cardiovasculares. Apontou os alimentos que deveriam ser evitados, dando sugestões para substituí-los por alimentos mais saudáveis. Ressaltou a importância de estender a dieta aos outros membros da família, pois a hereditariedade é um forte fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

**Assistente Social:** deu ênfase sobre a necessidade dos clientes expressarem suas emoções e angústias, e solicitarem auxílio sempre que for preciso. Informou ainda, sobre a importância dos clientes levarem uma “carta” de descrição da cirurgia para o médico que os encaminhou para o ICSC. Ressaltou que os clientes não estão mais doentes e que logo poderão retornar às suas atividades

diárias. Colocou-se a disposição para providenciar o transporte de retorno para aqueles que residem fora da Grande Florianópolis.

**Profissional de Educação Física:** esta enfatizou sobre os benefícios da realização dos exercícios físicos para a manutenção de uma vida saudável. Orientou sobre o período de repouso (entre 30 e 40 dias), o início da prática de exercícios físicos, bem como os tipos e o tempo de execução dos mesmos. Aconselhou quanto à prática de atividade sexual, que deveria iniciar somente 40 dias após a cirurgia e com moderação. Convidou também, os clientes residentes na Grande Florianópolis, a participarem do Programa de Reabilitação Cardíaca do ICSC.

Neste dia, fomos informadas acerca da existência de uma Casa de Apoio, próxima ao ICSC, destinadas para os acompanhantes de clientes (do ICSC e do Hospital Regional) procedentes de outras cidades. Esta casa é mantida por voluntários e recebe apoio da Prefeitura de São José, dispondo de alimentação, dormitórios e banheiros. Para se beneficiarem deste auxílio, os acompanhantes devem receber um encaminhamento do Serviço Social de uma das instituições mencionadas.

Consideramos a iniciativa do grupo importante, uma vez que fornece orientações essenciais para os clientes, com o objetivo de prevenir novos eventos cardíacos e estimular mudanças no estilo de vida destas pessoas. Acreditamos que estes objetivos podem ser alcançados principalmente por meio da educação em saúde, em especial, quando exercida por uma equipe multiprofissional como é o caso do grupo de pós-operatório. Contribuímos com este grupo por meio de orientações e distribuição de materiais educativos sobre alimentação e tabagismo.

Percebemos que nesse grupo, a enfermeira exerce um papel essencial como educadora, esclarecendo as dúvidas e ensinando os cuidados necessários para uma recuperação tranqüila da cirurgia e desta forma, no sentido de contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos clientes envolvidos.

### **6.5.3 Grupo da Família**

O grupo da família tornou-se uma realidade no ano de 1991 através de esforços dos profissionais do serviço social do ICSC. Tem como objetivo principal,



oferecer suporte as famílias dos clientes com doenças cardiovasculares (DCV) que aguardam cirurgia. Além disso, busca conhecer a rede de apoio familiar destes clientes e fazer com que os familiares conheçam a estrutura organizacional do Instituto. O convite para a participação no grupo tem como base o mapa de cirurgia, ou seja, são convidadas os familiares dos clientes que estão na escala de cirúrgica.

Tivemos a oportunidade de assistir, no dia 18 de novembro de 2004, um encontro deste grupo que aconteceu no anfiteatro do Hospital Regional de São José. O Grupo foi coordenado por uma das assistentes sociais, que iniciou o encontro solicitando aos presentes que se apresentassem, identificando o familiar que aguardava cirurgia, e ainda, se esta era ou não, a primeira cirurgia do cliente envolvido.



**Foto 32:** Assistente Social orientando as famílias.

A Assistente Social esclareceu aos familiares que o ICSC é referência em cirurgia cardíaca no Estado, o que faz com que a demanda seja muito grande. Provocando demora para a realização da cirurgia cardíaca. Explicou ainda, as formas do cliente internar no Instituto, ou seja, via Ambulatório por meio de lista de espera ou pela Emergência.

Num segundo momento, a Assistente Social alertou sobre os riscos de infecção causada pelas formigas em decorrência ao excesso de alimentos trazidos pelos acompanhantes. Isto acontece porque não há local apropriado para o armazenamento dos alimentos. Informou ainda, da necessidade dos acompanhantes

buscarem informações, com o médico ou com a nutricionista, sobre os alimentos permitidos para o cliente internado.

A seguir, comentou sobre as fases pelo qual o cliente passa: o preparo para a cirurgia, a cirurgia propriamente dita, o período na unidade coronariana, o retorno ao quarto e a volta para casa. Orientou sobre cada uma das rotinas de cada um dos setores e os direitos que têm enquanto acompanhantes como, por exemplo, pedir informações para a secretária do centro cirúrgico a respeito do andamento da cirurgia (desde que não interrompa constantemente a equipe cirúrgica).

Ressaltou sobre o papel importante do acompanhante como estimulador do cliente, afirmando que isso não significa fazer por ele, mas sim fornecer suporte para que ele sinta-se motivado a retornar as suas atividades. Pontuou também, sobre o aparecimento de uma possível depressão pós-cirúrgica e que os acompanhantes deveriam estar atentos aos seus sinais como, insônia, agitação, irritabilidade, aversão aos entes queridos, entre outros; comunicando ao médico na próxima consulta.

A Assistente Social orientou sobre alguns fatores de risco para as DCV e os cuidados correspondentes, destacando que estes valem para todas as pessoas, sobretudo aquelas que possuem casos na família, uma vez que a hereditariedade é um importante fator de risco.



**Foto 33:** Assistente Social no Grupo da Família.



Destacamos a falta do Enfermeiro neste grupo, que poderia contribuir em muito, uma vez que este profissional é melhor capacitado com conhecimentos científicos específicos e que poderia fornecer informações muito mais detalhadas sobre as rotinas das unidades de internação, os cuidados com o cliente antes e depois da cirurgia, explicando sobre a cirurgia em si, as possíveis complicações desta e as dificuldades que os clientes e familiares poderão encontrar ao retornar para casa.

Consideramos este grupo um exemplo para as demais instituições de saúde, que muitas vezes esquecem, e até mesmo, distanciam o cliente de seu familiar durante a internação hospitalar. Contudo, acreditamos que este grupo poderia desempenhar melhor seu papel se contasse com uma equipe multiprofissional, que pudesse elucidar as dúvidas, amparar e amenizar os medos e angústias, tanto do familiar quanto do próprio cliente.

## 6.6 Objetivo 6

*Ampliar os conhecimentos técnico-científicos relacionados à Enfermagem em Cardiologia.*

**Avaliação:** *Acreditamos que este objetivo fará parte de toda a nossa vida profissional, contudo, para esta proposta, consideraremos alcançado desde que participemos de eventos relacionados aos temas abordados e também quando houver trocas experiências e conhecimentos com clientes, familiares, equipe multiprofissional e professores.*

Durante todas as etapas da elaboração de nosso trabalho de conclusão de curso, buscamos nos capacitar por meio de revisão de literatura e desta forma, ampliar nossos conhecimentos técnico-científicos relacionados à Enfermagem em Cardiologia.

Em nosso estágio, tivemos a oportunidade de trocar informações e experiências com a equipe multiprofissional do ICSC, dentre eles: equipe de Enfermagem, cardiologistas, físico, nutricionista, assistente social, fisioterapeutas e profissionais de educação física. Com isso, enriquecemos nossos conhecimentos a respeito do atendimento a clientes com problemas cardiovasculares.

Em especial, contamos com a experiência de nossas supervisoras e orientadora para melhor compreender a realidade da atuação da Enfermagem na área da Cardiologia.

Procuramos ainda, participar de alguns cursos e eventos científicos na área de atuação, tais como:

♥ Mesa Redonda de “Atualização em Insuficiência Cardíaca” – realizada no dia 31 de agosto de 2004, no Hotel Pathermon, em Florianópolis – SC.

♥ Mesa Redonda de “Atualização em Arritmias II” - realizada no dia 14 de setembro de 2004, no Baía Norte Palace Hotel, em Florianópolis – SC.

♥ “Curso de Eletrocardiografia” – realizado nos dias 16 e 17 de outubro de 2004, no Hotel Bristol Castelmar, em Florianópolis – SC.

♥ XV Congresso de Cardiologia do Rio Grande do Sul/ VIII Congresso Sulbrasileiro de Cardiologia/ III Simpósio de Enfermagem em Cardiologia/ “Curso de Ausculta Cardíaca” – realizado no período de 31 de outubro a 02 de novembro de 2004, no Centro de Eventos do Hotel Serra Azul, em Gramado – RS.

♥ IV Jornada Blumenauense de Cardiologia – realizado nos dias 05 e 06 de novembro de 2004, no Grande Hotel Blumenau, em Blumenau – SC.

Além desses eventos, participamos também do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado entre os dias 24 e 29 de outubro de 2004, em Gramado – RS.

Os certificados de participação nestes eventos constam em anexo H.

Reconhecemos a importância de nossa participação nesses eventos para o aprimoramento dos conhecimentos, porém consideramos que os eventos não satisfizeram as nossas expectativas. Percebemos que o principal foco desses eventos foi o diagnóstico e o tratamento das doenças cardiovasculares, enquanto que a assistência e o papel da Enfermagem foram pouco discutidos. Talvez isto represente a carência de profissionais de Enfermagem especializados na área de Cardiologia, para debater sobre os assuntos.



## 6.7 Atividades Realizadas Não Previstas

Ao longo de nosso estágio, realizamos algumas atividades não previstas em nosso projeto, tais como:

### **Elaboração de um *folder* sobre tabagismo** **“CIGARRO X CORAÇÃO – DICAS PARA PARAR DE FUMAR”**

Durante o nosso estágio, sentimos a necessidade de elaborar um *folder* sobre o tabagismo por apresentar alta incidência entre os clientes com problemas cardiovasculares, por ser um agravante das complicações pós-operatórias e pela carência de material didático sobre o assunto.

O *folder* contempla os efeitos negativos da nicotina e do monóxido de carbono ao sistema cardiovascular e algumas dicas para ajudar o cliente a parar de fumar. Este se encontra no apêndice K.

Procuramos elaborar o *folder* com uma linguagem clara e simples e com figuras ilustrativas, para que este fosse atrativo e despertasse o interesse do cliente pela leitura.

Observamos que o *folder* teve uma excelente aceitação, principalmente por parte dos clientes que o solicitavam para ler e até mesmo levarem para suas famílias e amigos. Além disso, fornecemos um *folder* para a Unidade B e para o Setor de Treinamento do ICSC. Parte deste *folder* foi reproduzida (xerox) pela Instituição que passou a distribuir para outros clientes e familiares.

### **Elaboração de um *folder* sobre alimentação:** **“FIQUE DE OLHO NA SUA ALIMENTAÇÃO,** **SEU CORAÇÃO AGRADECE!!!”**

A elaboração desse *folder* emergiu da necessidade de orientar e motivar os clientes com problemas cardiovasculares na adesão de uma alimentação mais saudável e agradável, contribuindo para seu tratamento e desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida.

Os aspectos abordados neste *folder* foram: o que é uma alimentação saudável, como uma alimentação desbalanceada provoca as doenças

cardiovasculares, quais os alimentos e bebidas que devem ser ingeridos e os que devem ser evitados, além de dicas de substituição de certos alimentos, com a finalidade de torná-los mais atrativos ao paladar do cliente. Este *folder* se encontra em Apêndice L.

Na elaboração desse *folder* procuramos seguir o mesmo padrão de apresentação do *folder* sobre o tabagismo.

Observamos que este *folder* foi bem aceito pelos clientes e principalmente pela nutricionista da instituição. O material por ser escrito com uma linguagem simples, clara e direta facilitou uma abordagem ao cliente, estimulando seu uso. O cliente não apenas leu as orientações, mas discutiu e elucidou suas dúvidas sobre a alimentação.

### **Participação no “Programa PALHOÇA ATIVA”**

Em virtude das atividades desenvolvidas no ICSC e pelo interesse que demonstramos no Programa de Reabilitação Cardíaca, fomos convidadas pelo preparador físico, Cícero Augusto de Souza, para participar do Programa Palhoça Ativa. Este profissional é um dos responsáveis pelo Programa de Reabilitação Cardíaca, no ICSC, e coordenador do Programa Palhoça Ativa.

O programa Palhoça Ativa iniciou em setembro de 2004, na Associação Esportiva e Recreativa Ponte do Imaruim (AERPI). Tem como objetivo estimular e promover a prática de exercícios físicos a toda a comunidade do município de Palhoça. Segundo o coordenador, o requisito para participação no programa é o preenchimento do Questionário de Prontidão à Prática de Atividade Física, que avalia as condições de saúde da pessoa. O programa conta com a participação de 145 pessoas a cima de 35 anos.

No dia 05 de outubro de 2004, pela manhã, fomos até a AERPI acompanhadas pelo coordenador do programa e por uma estagiária de Educação Física, a fim de realizarmos um levantamento do perfil dos participantes, identificando dados como: idade, sexo, peso e altura (para calcular o IMC), medida da circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar. Durante este levantamento, as pessoas eram questionadas também, a respeito da presença de co-morbididades como hipertensão arterial e diabetes, além de histórias de doenças cardiovasculares na família. Todos estes dados serviram para posterior avaliação do



estado de saúde dos participantes pelo coordenador do programa. Neste dia, foram coletados dados de 89 participantes do Programa.



**Foto 34:** Participantes do Programa Palhoça Ativa.

Nossa participação deu-se por meio da verificação da pressão arterial sistêmica, glicemia capilar. Também foram feitas orientações sobre alimentação, fumo, medicações, entre outras dúvidas apresentadas pelos participantes. E ainda fornecemos materiais didáticos.

Consideramos que esta atividade foi importantíssima por estimular a prática de exercícios físicos, uma vez que o sedentarismo constitui-se num potente fator de risco para inúmeras doenças, sobretudo as cardiovasculares.

Avaliamos muito positivamente nossa participação, pois além de contribuirmos na coleta de dados propriamente dita, conseguimos ainda, realizar educação em saúde fora do âmbito hospitalar.

### **Participação do Treinamento**

#### **“Assistência de Enfermagem no Quarto Terapêutico”**

O setor de Treinamento e Aperfeiçoamento do ICSC realizou um treinamento sobre assistência de Enfermagem no Quarto Terapêutico ministrado pela enfermeira Elke Annegret K. Cordeiro, pelo físico Octávio J. Guimarães e pelo médico Fábio Figueiredo – profissionais do setor de Medicina Nuclear.

O encontro aconteceu no dia 13 de setembro de 2004, no auditório do Hospital Regional de São José, o qual tivemos a oportunidade de participar e aprender mais sobre o assunto. Em anexo I consta o certificado de participação.

O treinamento abordou alguns conteúdos, como: Física Básica das radiações, blindagem Princípios Básicos de radioproteção, Legislação Básica para o trabalhador de radiações, Cuidados de Enfermagem na Iodoterapia, Aspectos Biopsicossociais do paciente de Iodoterapia, entre outros.

Neste dia, observamos o grande interesse dos profissionais da Medicina Nuclear em esclarecer dúvidas e capacitar a equipe de enfermagem para que atuasse sem medos, conhecendo os reais riscos da radiação e respeitando as normas de radioproteção.

Avaliamos nossa participação neste treinamento como um momento enriquecedor, pois os assuntos nele abordados não foram discutidos durante o curso de graduação. Além disso, pudemos aprender com profissionais especializados e com ampla experiência na área da Medicina Nuclear.





## VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Se me falares da tua saudade, entenderei. Mas se escreveres sobre ela, eu a sentirei junto contigo. Se tristeza vier a te consumir e me contares eu saberei. Mas se a descreveres no papel, o seu peso será menor” (Alisson Costa).*

Durante a nossa prática assistencial, percebemos a existência de um grande contingente de pessoas acometidas pelas doenças cardiovasculares (DCV) necessitando de atendimento específico – o que reforçou nosso interesse pela área da cardiologia.

No Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), tivemos a oportunidade de conhecer a realidade e a dinâmica de um hospital especializado e de referência estadual. Isto nos possibilitou o convívio com clientes de várias procedências, com culturas e hábitos diferentes e desta forma, pudemos interagir com eles, respeitando suas singularidades.

Além disso, a visita aos setores da instituição proporcionou a ampliação de nossos conhecimentos e o convívio com profissionais engajados em oferecer um atendimento e assistência de qualidade.

Conquistamos nosso espaço na instituição aos poucos com o apoio de nossas supervisoras, as mesmas foram importantes mediadoras entre o nosso projeto e a prática assistencial. Facilitaram o nosso primeiro contato com os profissionais das diversas áreas da instituição e, além disso, suas experiências na prática assistencial contribuíram para o aprimoramento das nossas habilidades técnico-científicas.

A Teoria de Orem contribuiu para nossa prática assistencial principalmente no que se refere à identificação das competências necessárias aos clientes com Doenças Arteriais Coronarianas (DAC) para o autocuidado, bem como o reconhecimento de seus déficits e valorização de suas capacidades e

potencialidades para o auto cuidar-se. Entretanto, consideramos que a teoria não contempla o cliente como um todo, uma vez que não abrange aspectos como a sexualidade, o nível de consciência, o exame físico, entre outros, porém não ignoramos estes aspectos em nosso processo de enfermagem.

Acreditamos que por meio da assistência direta e da educação em saúde, foi possível identificar alguns dos déficits de autocuidado e mitos acerca das DAC. Ao implementar o processo de enfermagem buscamos sensibilizar e encorajar os envolvidos a recuperarem e preservarem sua autonomia, fortalecendo e oportunizando melhorias na qualidade de suas vidas.

Percebemos que apesar da equipe multiprofissional do ICSC desenvolver atividades de educação em saúde, a equipe de Enfermagem pouco utiliza este recurso na assistência ao cliente. Reconhecemos que esta prática torna-se difícil devido ao número reduzido de profissionais. Contudo, acreditamos que apesar deste fator limitante a educação em saúde não é impossibilitada e deve estar presente em todas as ações de Enfermagem.

Durante nossa prática assistencial, conseguimos alcançar todos os objetivos com sucesso e obter reconhecimento e valorização de nosso trabalho por parte dos clientes e da equipe multiprofissional do ICSC. O fato de termos sido convidadas a participar de uma atividade fora do âmbito hospitalar demonstrou o quanto nossa atuação foi significativa para a instituição. Também ficamos orgulhosas ao ver o material educativo que produzimos sendo elogiado e utilizado mesmo após o término de nosso estágio. Esperamos que a equipe de enfermagem se sinta motivada a resgatar seu papel na educação em saúde.

Com este trabalho vivemos uma experiência enriquecedora, uma vez que tivemos mais autonomia para exercer o papel de Enfermeira. Dentro deste contexto, vivenciamos dificuldades e facilidades que contribuíram de certo modo para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Almejamos que este trabalho desperte o interesse tanto dos acadêmicos quanto dos profissionais de enfermagem e que sirva como fonte de pesquisa para o desenvolvimento de outros trabalhos na área da cardiologia, a fim de garantir uma assistência de qualidade aos clientes com problemas cardiovasculares.



## REFERÊNCIAS

*“Modelar uma estátua e dar-lhe vida é belo; modelar uma inteligência e dar-lhe verdade é sublime” (Vitor Hugo).*

ABBAGNANO, Nicola **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALVAREZ, Ângela M. **Identificação das exigências de autocuidado terapêutico em mulheres idosas e de sua competência para satisfazê-las**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

ANJOS, Margarida; FERREIRA, Marina B. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

ASSAD, José E. et al. **Emergências cardiovasculares**. Rio de Janeiro: EPUME, 1985.

BARBOSA Filho, José; BARBOSA, Paulo R. Dinâmica cardíaca na insuficiência cardíaca. In: \_\_\_\_\_; MOURA, Roberto S. de; BARBOSA, Paulo R. **Insuficiência cardíaca**. São Paulo: Fundação BYK, 1994. cap. 3.

\_\_\_\_\_. Fisiopatologia. In: \_\_\_\_\_; MOURA, Roberto S. de; BARBOSA, Paulo R. **Insuficiência cardíaca**. São Paulo: Fundação BYK, 1994. cap. 4.

BASTOS, Danira S. **Cuidando de pessoas portadoras de hipertensão arterial: contribuindo para a superação dos déficits de autocuidado**. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

BATLOUNI, Michel. Tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca. In: VASSALO, Dalton V.; LIMA, Eliudem G. **Contratilidade miocárdica: aspectos básicos e clínicos**. São Paulo: Fundação BYK, 1993.

BENSEÑOR, Isabela M.; LOTUFO, Paulo A. Estado atual do tratamento e controle do diabetes melito, da dislipidemia e da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. Condutas gerais para a adequada manutenção do controle. In: MION Jr., Décio.; NOBRE, Fernando. **Risco vascular global**. 3. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

BEYERS, Marjorie; DUDAS, Susan. **Enfermagem médico-cirúrgica: tratado de prática clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. v. 2, cap. 22, p. 443 – 445.

CASTRO, Iran et al. **Cardiologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1999. cap. 28.

DANGELO, José G.; FANTINI, Carlo A. **Anatomia básica dos sistemas orgânicos**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap 8.

DAVIDSON, Christopher **Isto é guia da saúde familiar: doenças do coração**. São Paulo: Cátia Alzugaray, 2001. v. 6.

FOSTER, P. C.; JANSSENS, N. P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1993. p. 91 – 97.

FRANCIONI, Fabiane F. **Grupo de convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus**. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

GEREMIAS, R.; VIEIRA, S. A. **Orientando o autocuidado segundo Dorothea Orem: um incentivo ao cliente crônico**. Florianópolis, 1996. Relatório final de conclusão do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 9, p. 97 – 101.



HAENDCHEN, Roberto V. Etiopatogenese do infarto agudo do miocárdio. In. SOUSA, J. Eduardo et al. **Insuficiência coronária**. São Paulo: Sarvier, 1984.

JULIAN, Desmond G.; COWAN, J. Campbell. **Cardiologia**. 6. ed. São Paulo: Santos, 1996. cap. 7.

KNOBEL, Elias et. al. **Terapia intensiva em cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 7.

LANGE, Celmira. **Os significados de autocuidado segundo as enfermeiras**. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

LEOPARDI, Maria T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LUFT, Celso P. **Mini dicionário Luft**. São Paulo: Scipione, 1991.

MANUILA, Alexandre et al. **Dicionário médico Andrei**. 7. ed. São Paulo: Organização Andrei, 1997.

MASSIE, Barry M. Fisiopatologia da insuficiência cardíaca In. GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. Claude. **Cecil tratado de medicina interna**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. v. 1, cap 47.

MELTZER, Lawrence E. et al. **Enfermagem na unidade coronariana**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987.

MIGUEL Jr., Armando. **Roteiro em cardiologia**. São Paulo: Fundação BYK, 1997.

MINISTÉRIO DA SAUDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov>> Acesso em: 10 ago. 2004.

MOTTA, Ana L.C. **Assistência de enfermagem em cardiologia**. São Paulo: Iátria, 2003. cap. 1.

NICOLAU, José C.; RAMIRES, José A. Infarto agudo do miocárdio. In. PORTO, Celmo C. **Doenças do coração**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 120.

OLIVEIRA, Maria F. P.; ISMAEL, Sílvia M. C. Aspectos psicológicos do paciente coronariano. In: LAMOSA; Bellkiss W. R. (Org.) **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo: Fundação BYK, 1992.

PARRA Filho, Domingos; SANTOS, João A. **Apresentação de trabalhos científicos**: monografia, TCC, teses e dissertações. 4. ed. São Paulo: Futura, 2000. cap. 2.

PORTO, Arnaldo L. Angina estável. In. PORTO, Celmo C. **Doenças do coração**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 117 e 118.

RABELO, S. E. **A ludoterapia no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado**. Florianópolis: 2000. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS, E. K. A. dos. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno**: uma experiência assistencial fundamentada na teoria de autocuidado de Orem. Florianópolis: 1991. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, D. M. G. V. **Desafios e enfrentamentos**: um modelo de prática de enfermagem para indivíduos em condição crônica de saúde. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-Cirúrgico**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. v. 1.

SOBEL, Burton E., Infarto agudo do miocárdio. In. GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. Claude. **Cecil tratado de medicina interna**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, v. 1. cap 60.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Disponível em:  
<<http://www.cardiol.br>> Acesso em: 18 ago. 2004.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **SOCESP Cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 1997 v. 2, cap. 1, p. 1 – 2.

STEFANINI, Edson et al. **Cardiologia**: guias de medicina ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Manole, 2004.

TRENTINI, M.; DIAS, L. P. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: Edufsc, 1999.

OREM, Dorothea E. **Nursing**: concepts of practice. 5th ed. Saint. Louis: Mosby, 1995.

*Caro Cuidador,*



*“Acredite em um futuro melhor valorizando a  
esperança e a fé, que são sentimentos mágicos e  
conseguem nos erguer frente a qualquer obstáculo – jamais  
se separe deles.*

*Vamos vencer a mesmice e fazer os sonhos que  
temos em relação a nossa profissão se tornarem realidade...*

*Muito pode, deve e necessita ser feito...*

*Vamos construir uma ponte, adquirir cada vez mais  
competência e autonomia, seguindo em frente, pensando e  
fazendo acontecer uma Enfermagem diferente.*

*Acredite na força e na inovação do trabalho em  
equipe. Renove-se, revitalize-se atuando em grupo.*

*Saiba aprender, ouvir e reconhecer a experiência dos  
que mais sabem e chame-os para ajudá-lo, se você não for  
capaz de fazer sozinho, pois você sabe que é bem mais difícil  
fazer Enfermagem sozinho, portanto não dificulte o seu  
cuidado!*

*Pense forte, pense bonito, assim você se cuidará e  
contagiará os outros com seu cuidado.*

*Até hoje, você foi uma pessoa importante, mas saiba  
que, deste momento em diante você será muito mais  
importante”.*

**Regina Santini**





**ANEXOS**



## ANEXO A

Orientações para Cateterismo Cardíaco

BETI 001

**\*METFORMIN**      **\*GLIFAGE**  
**\*DIMEFOR**      **\*GLUCOFORMIN**  
**SUSPENDER 03 DIAS ANTES DO EXAME**

**MAREVAN: SUSPENDER**  
**03 DIAS ANTES DO EXAME.**

ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA  
LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA

**PACIENTES ALÉRGICOS À IODO**  
**Entrar em contato com (48) 271 907**

**FONE: (48) 271-9077- Escrituração (Direto ).**

**HORÁRIO DE ATENDIMENTO: 08:00h às 18:00h**

**\* TELEFONAR NA VÉSPERA PARA CONFIRMAR.**

**\* EXAME DIA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (.....feira)**

**\* HORÁRIO: .....horas.**

\*\*\* Pacientes externos serão atendidos por ordem de chegada, podendo-se alterar estes horários, dando-se preferência às urgências(emergências e UTIs.).

**ORIENTAÇÕES PARA CATETERISMO CARDÍACO:**

**POR FAVOR NÃO DEIXE DE LER.**

**1. JEJUM:**

**EXAMES PELA MANHÃ: A PARTIR DA MEIA-NOITE DO DIA ANTERIOR.**

**EXAMES À TARDE: JEJUM À PARTIR DO CAFÉ DA MANHÃ.**

**2. NÃO ESQUECER AS AUTORIZAÇÕES(PARA TODOS OS CONVÊNIOS).**

**3. VIR AO HOSPITAL COM APENAS UM (01) ACOMPANHANTE, DE  
PREFERÊNCIA DO MESMO SEXO. É PROIBIDO CRIANÇAS E GESTANTES.**

**4. CONTINUAR COM A MEDICAÇÃO NORMAL, OU SEGUIR ORIENTAÇÃO  
DE SEU CARDIOLOGISTA.(TOME O MÍNIMO DE ÁGUA POSSÍVEL).**

**5. COMUNICAR CASOS DE ALERGIA AO CONTRASTE DE IODO, FEBRES OU  
OUTRAS ANORMALIDADES.**

**6. EM CASO DE DESISTÊNCIA, AVISE-NOS COM ANTECEDÊNCIA.**

**7. ESTE SETOR ESTÁ EXPOSTO À RADIAÇÃO.**

**8. SE VOCÊ JÁ FEZ CIRURGIA CARDÍACA, CATETERISMO E/OU  
ANGIOPLASTIAS ANTERIORES, FAVOR TRAZER O RELATÓRIO DOS  
MESMOS OU O NÚMERO DE SEU PRONTUÁRIO NO INSTITUTO DE  
CARDIOLOGIA.**

Instituto de Cardiologia - Santa Catarina ( anexo ao Hospital Regional de São José )

End.: R. Adolfo Donato da Silva, s/n - Praia Comprida - São José - SC.

CEP 88.103.901

Maria Salete de Sá Melo

Margarete Cavalheiro Ficher

Sérgio Santos



## ANEXO B

### Cuidados Pós Cateterismo Cardíaco



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA  
SETOR DE HEMODINÂMICA

CUIDADOS PÓS CATETERISMO CARDÍACO

**TELEFONE:** (048) 271 90 00- (Telefonista) 271 90 76 - Enfermagem(Direto).

271 90 77 - Escrituração(Direto).

1. Após o término do exame, o paciente será encaminhado à observação onde ficará com o acompanhante por +/- 30 minutos.
2. Não flexionar o braço cateterizado nas três primeiras horas após o exame.
3. Fazer exercícios de abrir e fechar as mãos do braço cateterizado logo após o término do exame.
4. Não carregar peso e não fazer esforço com o braço onde foi feito o cateterismo, até a retirada dos pontos.
5. Trocar o curativo nos três primeiros dias, depois deverá ficar descoberto.
6. Cobrir com BAN-DAID somente se for necessário.
7. Manter a cicatriz sempre limpa e seca, trocando o curativo todas as vezes que estiver molhado ou sujo.
8. Após 8 dias, procurar o Ambulatório ou Posto de Saúde para a retirada dos pontos. Se preferir, poderá retirar os pontos neste mesmo hospital, no andar térreo, no Ambulatório da Cardiologia, de 2ª a 6ª feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 Horas.
9. Ingerir bastante líquido nas 3 primeiras horas para eliminar Contraste.
10. Qualquer anormalidade procurar os médicos da Equipe.

**RETIRADA DE PONTOS DIA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DATA PROVÁVEL PARA ENTREGA DO RESULTADO DO  
EXAME: DIA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**(FAVOR TELEFONAR ANTES PARA SABER SE SEU EXAME  
REALMENTE JÁ ESTÁ PRONTO).**

**HORÁRIO: 08:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 horas.**

**( Caso seja outra pessoa que venha buscar o resultado para você, favor  
anotar o nome completo e a data do exame, pois esta folha não serve como protocolo.)**



## **ANEXO C**

**Serviço de Medicina Nuclear – Orientações**



**SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR**  
**CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA DE REPOUSO E ESFORÇO**  
**O R I E N T A Ç Õ E S**

Será marcado horário para a chegada do paciente, entretanto o procedimento em si pode gerar atrasos. Solicitamos sua compreensão e colaboração neste sentido.

O exame compreende duas etapas: o repouso e o esforço, que serão realizados no mesmo dia;

Suspender 24 hs antes do exame: café, café com leite, chá em geral, chimarrão, chocolate e derivados, refrigerantes, bebidas alcoólicas e qualquer alimentação ou medicação que contenha CAFEÍNA em sua composição;

**ATENÇÃO: O NÃO CUMPRIMENTO DA DIETA ACIMA IMPLICARÁ NA SUSPENSÃO DO EXAME, POIS O RESULTADO FINAL DO MESMO SERÁ PREJUDICADO.**

Suspender os cigarros 03 dias antes do exame;

Suspender os medicamentos cardiológicos conforme orientações no verso ou a critério médico para o exame de esforço;

No dia do exame pela manhã o paciente deve alimentar-se de pão, bolacha, queijo, iogurte, frutas, leite ou suco de frutas;

Antes do exame da tarde alimentar-se com almoço leve com alimentos de fácil digestão; sem refrigerantes, podendo ser ingerido água ou sucos naturais;

O exame não poderá ser realizado se o paciente estiver em jejum;

Vir de tênis ou sapato de sola de borracha e agasalho ou bermuda esportivos para o teste ergométrico na esteira rolante. Trazer toalha.

Pacientes do sexo feminino não deverão usar vestido inteiriço/saia;

Solicitamos trazer exames anteriores (se houver) para a entrevista médica.

Em virtude do grande número de exames solicitados, o paciente impossibilitado de comparecer no dia marcado deverá comunicar o fato à Medicina Nuclear pelo menos 04 dias antes do exame para que outro paciente seja encaixado em seu lugar.

O paciente após a injeção de material deverá, nas primeiras horas seguintes, evitar banheiros públicos e utilizar somente o banheiro de sua residência ou do Serviço de Medicina Nuclear;

Após a injeção de material, o paciente deverá evitar contato com gestantes e crianças pelo período de 06 horas;

O paciente deverá trazer seu peso e altura já determinados;

**PESO:**

**ALTURA:**

Pacientes com mais de 150 Kg deverão entrar em contato o mais breve possível com o Serviço de Medicina Nuclear para esclarecimentos;

Ligar 02 dias antes para (48) 271-9083 confirmando o exame.

<b>DATAS DO EXAME :</b>	<b>1 ª Etapa :</b>	/	/	<b>às</b>	<b>Hs</b>
	<b>2 ª Etapa:</b>	/	/	<b>às</b>	<b>Hs</b>



## ANEXO D

Orientações sobre a Internação

Normas da Instituição para Pacientes e Acompanhantes

Orientações para Prevenção de Infecção Hospitalar





**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA**

**SERVIÇO DE AMBULATÓRIO DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA**

**ENFERMEIRA ROSANGELA**

**TELEFONE: (0XX)48 – 2719093**

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Registro:** \_\_\_\_\_ **Data do Cadastro** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Procedimento** \_\_\_\_\_

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Data para realização dos exames pré-operatórios:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO**

**\*Em caso de urgência procure seu médico assistente ou o cardiologista de plantão na emergência do hospital Regional de São José Drº. Homero de Miranda Gomes.**

**\*Se você estiver tomando:**

- AAS, Aspirina, Buferin, Melhoral, Ronal, Ecasil, Somalgin e/ou Ticlid ou Anti-Inflamatório: suspenda uma semana antes da data da cirurgia, se confirmada a internação, ou conforme orientação do seu médico ou da enfermeira do ambulatório.
- Marevan ou Marcoumar: suspender antes da internação, conforme orientação de seu médico.

**PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS: TRAZER NA INTERNAÇÃO.**

- \* Comprovante de doação de sangue;**
- \* Exames de laboratório solicitados e avaliados;**
- \* RX de tórax, ECG, laudo de ecocardiograma, laudo de cateterismo;**
- \* avaliação dentária.**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA**

## **Normas – Paciente e Acompanhante**

**Acompanhar é:** Estar atento as solicitações da pessoa acompanhada e ajudá-la nas suas necessidades como alimentação, hidratação e outros cuidados que o paciente necessitar.

**O objetivo é:** Orientar o paciente e acompanhante durante a sua permanência nesta Unidade Hospitalar, visando o seu bem estar e rápida recuperação.

1. Estar informado sobre a dieta e seguir conforme prescrição médica;
2. Manter a família informada sobre cuidados, orientações médicas e de enfermagem;
3. Manter-se vestido adequadamente durante a hospitalização;
4. Evitar andar pelo corredor ou entrar em quartos circunvizinhos;
5. Avisar a equipe de enfermagem quando houver mudanças negativas no estado;
6. Não mexer em equipamentos e/ou materiais hospitalares sem autorização;
7. O horário do acompanhante será de 24 horas, após a cirurgia;
8. O acompanhante será de escolha, sendo do mesmo sexo;
9. A autorização só será fornecida pelo enfermeiro do setor, em impresso próprio e carimbado, valendo para o período da data estipulada;
10. A instituição não fornecerá alimentação, dormitório e chuveiro aos acompanhantes, exceto aos dos apartamentos;
11. É proibido fumar dentro do ambiente hospitalar;
12. Pergunte sempre que houver dúvidas;
13. Lave as mãos antes e após cuidar do cliente;
14. A chave do apartamento deve ficar no posto aos cuidados da enfermagem, quando ele estiver vazio.

15. Manter silêncio nos corredores e evitar aglomeração na frente dos quartos e Unidade Coronariana;
16. Horários de visitas: Apartamentos Privativos – horário livre;
  - \*Quartos do Sus – das 14: 00 às 17: 00 h;
  - \*Crianças somente acima de doze anos.
17. Deverá ser trazidos para o Hospital somente objetos de uso pessoal necessários à higiene e vestiário do cliente, como: sabonete, escova de dente, creme dental, enxaguatório bucal (Cepacol, Plax, etc.) óleo ou hidratante para massagem.
18. Somente será administrada medicação ao cliente mediante prescrição médica.
19. O cliente estará sujeito à troca de leito, quarto ou unidade, de acordo com as necessidades do setor;
20. O uso de televisão será permitido de um aparelho em cada quarto, se os demais clientes do quarto concordarem, permanecendo com o volume baixo, sendo desligada no máximo às 22: 00 horas;
21. Não será chamado cliente ou acompanhante ao telefone, podendo ser transmitido recado, quando necessário. Os acompanhantes deverão utilizar os telefones públicos do Hospital, localizados no 2º, 3º e 4º andares, térreo (portaria de visitas e portaria do ambulatório). Aparelho de celular deve ser ligado em volume baixo e desligado às 22: 00 horas.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA**

## **ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

O Instituto de Cardiologia possui uma Comissão de Infecção Hospitalar. Esta Comissão tem como finalidade prevenir as fontes de infecção hospitalar. Neste sentido, sua cooperação é fundamental e, para tal, orientamos alguns cuidados importantes que, quando executados rigorosamente, antes da internação, para a cirurgia, muito contribuem para prevenção da infecção.

No sentido mais amplo, o termo higiene abrange o exercício, o descanso, a eliminação, bem como cuidado pessoal e limpeza. No entanto, num sentido mais restrito, refere-se ao cuidado pessoal e limpeza.

- 1. Cuidado com a pele:** a integridade da pele constitui defesa contra infecção. Tratar toda e qualquer lesão: dermatite, irritações e/ou prurido (coceira).
- 2. Banhos:** nos três dias que antecedem a internação o corpo deve receber uma atenção especial. É necessário que o banho diário seja mais prolongado, lavando com sabonete todas as partes do corpo. Aproveite este momento para examinar a pele e verificar a presença de secreções em qualquer parte do corpo.
- 3. Higiene do couro cabeludo:** no momento do banho, lave os cabelos e examine o couro cabeludo. Procure orientação médica se houver lesões, irritações e/ou pruridos;
- 4. Cuidados co as Unhas:** Manter as unhas dos pés e das mãos – **curtas e sem pintura.** Atenção para não provocar lesões no momento de cortá-las.
- 5. Higiene Oral:** O cuidado com a boca é indispensável à manutenção e prevenção á saúde do individuo e principalmente do paciente. Muitas infecções podem ser evitadas mediante o cuidado bucal. Utilize escova, pasta ou solução dentifrícia. É necessário fazer uma revisão prévia com seu dentista, especialmente os pacientes que serão submetidos à cirurgia de troca de válvula.



Os pacientes portadores de prótese cardíaca devem solicitar orientações com o médico cardiologista ou com a enfermeira do ambulatório. Seguindo estas orientações você estará contribuindo diretamente para a prevenção de infecção. Para maiores informações, solicitamos a gentileza de contatar com o Serviço de Infecção Hospitalar do Instituto de Cardiologia.

Outro aspecto relevante diz respeito aos cuidados especiais com relação à propagação de insetos (formigas, baratas, moscas, etc.). Esta propagação se dá principalmente pela existência de líquido, de modo especial os adocicados, e pela presença de alimentos (frutas, pães, bolachas e balas, etc.).

Assim sendo, em benefício de todos os pacientes, solicitamos a necessária colaboração no sentido de não trazer alimentos para os pacientes, uma vez que os mesmos recebem uma alimentação adequada do próprio hospital.

Agindo desta forma todos estarão contribuindo para o pronto restabelecimento dos pacientes.



## ANEXO E

Rotina para Passagem de Plantão



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA**

**ROTINA PARA PASSAGEM DE PLANTÃO**

A passagem de plantão consiste num momento de grande importância para obtenção de informações. É através destas informações que se pode planejar com segurança e eficácia, os cuidados prestados, iniciados anteriormente.

1- O horário de passagem de plantão dar-se-á:

- Às 06:55 horas no período matutino;
- Às 12:55 horas no período vespertino;
- Às 18:55 horas no período noturno.

2- Todos os profissionais de Enfermagem deverão estar uniformizados (de preferência com jaleco branco conforme as normas de biossegurança), para receber ou passar plantão;

3- Exige-se pontualidade de todos os membros das duas equipes;

4- A passagem do plantão deverá ser realizada no posto de Enfermagem;

5- O ambiente para passagem de plantão deverá ser calmo, o clima será de responsabilidade e seriedade;

6- Realizar a passagem com voz audível, compassada com abordagens rápidas, objetivas e claras, e quando o colega estiver falando ficar em silêncio prestando atenção no que estiver sendo colocado sobre os pacientes;

7- O funcionário deverá ter em mãos as prescrições médicas e de Enfermagem, o impresso dos cuidados de Enfermagem e o relatório de Enfermagem do paciente;

8- Passar os registros realizados no relatório de Enfermagem do paciente;

9- Os Enfermeiros deverão estar presentes durante a passagem de plantão. É importante a presença do enfermeiro do turno que atuou e da do turno que iniciará a atuação.

10- Passagem de plantão do período matutino para o vespertino a Enfermeira da M passa para a Enfermeira da T juntamente com os demais funcionários. Passagem de plantão do período vespertino para noturno cada Enfermeiro da tarde acompanha a passagem de plantão na sua unidade e o Enfermeiro supervisor recebe o plantão na unidade que tem o número maior de leitos, após os demais Enfermeiros fazem a complementando da passagem de plantão para o Enfermeiro supervisor dando ênfase aos pacientes mais críticos.



## ANEXO F

*Folder* do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Orientações para Alta Hospitalar



Depois da cirurgia, você poderá ficar mais sensível, sentir-se aborrecido, sem vontade de conversar ou perder o interesse pelas coisas.

Você pode sentir-se nervoso, com dificuldade de dormir e até medo de voltar ao trabalho e às atividades. Mas lembre-se: *Chorar não faz mal ao coração e alivia a ansiedade.* Procure respeitar seus limites físicos e psicológicos, evite expor-se a situações de muita tensão.

Se as coisas parecem muito difíceis, peça ajuda aos familiares e ao seu médico. Se isso não resolver e você continuar muito inseguro, triste ou nervoso, procure ajuda com um psicólogo ou psiquiatra, que são os profissionais que cuidam das emoções.

Não se isole, busque a presença das pessoas queridas e retorne às atividades que gostava de fazer.

**1 FMBRE-SE: Você não está mais doente, está se recuperando.**

## APÓS A ALTA:

**BANHOS:** A higiene corporal e do couro cabeludo deve ser regular, de preferência diária. Procure usar sabonete neutro (glicerina) e vestir roupas limpas e de preferência de algodão.

**INCISÕES CIRÚRGICAS (curativo):** Provavelmente não haverá mais necessidade de curativo, mas se necessário poderá ser utilizado um anti-séptico à base de PVPI (povidine) e procurar orientação no ambulatório do ICSC com a enfermeira responsável.

**RETIRADA DE PONTOS:** Provavelmente os pontos das incisões cirúrgicas serão retirados

poderão ser retirados no ambulatório do ICSC, ou postos de saúde.

**MEDICAÇÕES:** O paciente necessitará tomar medicações prescritas pelo médico assistente.

**RELAÇÕES SEXUAIS:** Poderá ser reiniciada após 30 dias de cirurgia com moderação.

## ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física também deve ser usada como remédio. Portanto, escolha uma atividade que lhe dê prazer, como: dançar, caminhar, passear de bicicleta. Comece aos poucos (aproximadamente 10min diários) aumente o tempo conforme for sentindo melhora.

Pacientes que sofreram ou não cirurgia cardíaca devem procurar orientações médicas, para fazerem avaliação específica sobre os efeitos do exercício no organismo, para isso você que é da grande Fpolis pode entrar em contato com os profissionais do Programa de Reabilitação Cardíaca, que funciona dentro deste Hospital.

- ☐ Não faça exercício em jejum;
- ☐ Respire puxando o ar pelo nariz e soltando pela boca;
- ☐ Espere passar pelo menos 2 ou 3 horas da última refeição;
- ☐ Faça aquecimento e alongamento antes de começá-los.

Portanto exercitar-se não é SOFRER. Quando tiver dor ou sensação de mal estar significa que deve parar ou diminuir de intensidade.

Em caso de tonturas, falta de ar, observe se não ultrapassou o seu limite. Caso persistam estes sintomas em movimento ou até mesmo em repouso, procure seu médico.

## ALGUMAS SUGESTÕES

O atendimento que você recebeu no hospital, internação, exames, cirurgia, alimentação, remédios e zelo dos profissionais – não deve ser visto como um favor, mas como um direito seu, pois indiretamente, você está contribuindo para o salário destes serviços.

Se você, paciente ou familiar, tiver alguma dúvida, reclamação ou sugestão diante de tudo que vivenciou na internação hospitalar, deve procurar responder a um questionário que lhe será entregue antes da alta.

Quando você procurar o médico periodicamente, deve ter um acompanhante na consulta, para melhor entendimento do que lhe for falado, e para que fique bem claro das condições clínicas e principalmente o modo de tomar os remédios. Se o remédio recomendado for fabricado pela LAFESC (Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Santa Catarina) você tem direito de retirá-lo nos postos de saúde do seu município, mas lembre-se: a receita tem que ter duas vias.

Se for empregado ou autônomo, deve lembrar que é necessário alguns meses de repouso após a cirurgia. Para tanto, você tem direito a entrar com o pedido de auxílio doença (encosto). Devendo assim solicitar ao seu médico um atestado com CID (código da doença) para dar entrada no INSS ou IPESC da sua cidade.

Ao receber alta hospitalar, você terá direito a carta cirúrgica, que é o detalhamento da cirurgia realizada.

Desejamos um bom retorno ao seu lar e estaremos sempre prontos a atendê-los em nossa instituição.

## O QUE EVITAR?

- 1 Carnes gordas e industrializadas, salsicha, presunto, mortadela, salame, linguiça, toucinho e bacon;
- 1 Leite com gordura (com nata), manteiga, nata;
- 1 Açúcar, doces e chocolates. Usar açúcar em quantidade moderada para adoçar chás, sucos, de preferência não use;
- 1 Sal em excesso. Não levar o saleiro para a mesa;
- 1 Abolir alimento enlatados como: massa de tomate, milho, ervilha;
- 1 Abolir temperos prontos como: caldos prontos e temperos completos;
- 1 Procurar não utilizar ovos na alimentação;
- 1 Não reaproveitar o óleo para fritura.

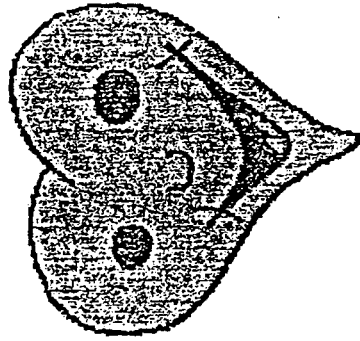
## O QUE COMER ?

Leite, queijos e iogurtes desnatados;  
Cereais de todos os tipos. Preferência para pães e biscoitos integrais;  
Carnes e peixes magros, frangos sem pele, preparados cozidos sem gordura, ensopados ou assados sem gordura;  
Arroz, macarrão, batata, farinha de mandioca, farinha de milho, batata doce, alpim, feijão e lentilha;  
Legumes: todos;  
Verduras: todas, e no mínimo dois tipos diariamente;  
Frutas e sucos: todos, no mínimo 3 vezes por dia;  
Gorduras permitidas em pequena quantidade: óleo de soja, óleo de milho, óleo de girassol, óleo de canola, azeite de oliva.

Is: os óleos não devem ser aquecidos, após o aquecimento eles fazem mal. Evite-os! Use apenas as saladas; Beba muito líquido.

## ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

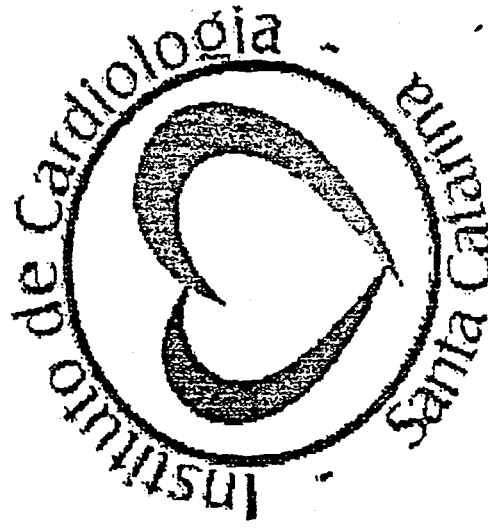
Nós profissionais de Serviço Social, Nutrição, Educação Física e Enfermagem, envolvidos com o processo de recuperação que você está passando formulamos conselhos práticos e úteis para uma melhora na sua qualidade de vida.



MATERIAL EDUCATIVO

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE  
SANTA CATARINA

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



FOFES: (48) 271-9003/ 271-9001

FAX: 271-9219

R. ADOLFO DONATO DA SILVA, S/N-  
PRAIA COMÉDIA - SÃO CARLOS - SC



## **ANEXO G**

**Orientações Iniciais Após a Alta Hospitalar**

**Primeira Fase do Programa de Reabilitação Cardíaca**

ORIENTAÇÕES INICIAIS APÓS A ALTA:

lá !

Seja bem vindo ao programa de Reabilitação Cardíaca. Reabilitação Cardíaca é o conjunto de atividades que trazem a paciente a melhor condição física, mental e social possível capacitando-o a reintegrar-se à sociedade. Este processo será realizado por uma equipe multiprofissional de cardiologistas, fisioterapeutas, professores de educação física, assistentes sociais e nutricionistas. Os objetivos não são somente o seu bem estar e o retorno às suas atividades habituais, mas também a melhora de sua saúde global, o combate a todos os outros fatores de risco cardiovascular e a **SEDENTARISMO**. Assim estaremos contribuindo para um estilo de vida mais saudável e diminuindo a chance de ocorrer um novo evento cardiovascular como infarto, angina ou derrame.

COMO FAZER ?

Um esquema sugerido até a primeira consulta seria iniciar com caminhadas leve de 10 minutos 3 a 4 x por semana aumentando-se 5 minutos a cada 3 a 5 dias progressivamente, chegando a 30 minutos 4 a 5 x semana. Evitem-se: esforço intenso e extenuante, exercício abrupto ou de intensidade não controlada. Alongamento e relaxamento são fundamentais antes e após os treinos.

Use calçados ( Ex.: tênis ) e roupas leves adequados ao local e clima. Escolha um lugar seguro e tranquilo para as atividades físicas.

Evite grandes refeições e uso de bebidas com xantinas ( café, chá preto, coca-cola, mate, chocolate) duas horas antes e uma hora após os exercícios.

Abster-se de álcool e fumo. O hábito de fumar dobra o risco de desenvolver doença cardíaca e aumenta a chance de complicações e de outras doenças.

**EMAGREÇA!** O excesso de peso pode aumentar a sua pressão, além de prejudicar as articulações. Evite alimentos com gordura saturada e muito calóricos tais como : frituras; ovos, bolos, biscoitos, carne vermelha e laticínios como manteiga, queijo e leite integral. Use preferencialmente queijo branco ricota sem sal, leite desnatado e azeite de oliva. Reduza o consumo de pães e massas, aumentando o de frutas e verduras. Reduza o consumo de sal e não use saleiro à mesa. Evite: temperos e alimentos industrializados, embutidos e conservas.

Não realizar exercícios em jejum, uma hora antes das sessões fazer uma breve refeição de frutas, pães e sucos.

Evitar exercícios em condições extremas de temperatura ( muito calor ou muito frio ), e grandes altitudes para diminuir os esforços nos dias muito quentes e ingerir maior quantidades de líquidos.

Evitar o exercício e a prática de esportes esporádica em feriados e finais de semana, pois exercícios têm que ser regulares. Evitar competições e exercitar-se somente quando se sentir bem, aceitar as limitações pessoais; começar bem devagar e fazer progressões graduais. Evitar exercícios em afecções agudas como gripe, febre ou quando sentir-se fadigado.

Interromper o treino e procurar orientação médica em caso de movimentos dolorosos e sinais de excesso de treino.

Siga rigorosamente a prescrição de seu cardiologista. E em caso de dúvida entre em contato com a **EQUIPE DE REABILITAÇÃO CARDÍACA!** Fone: 271-9105





## **ANEXO H**

**Certificados de Eventos Participados**

# Certificado

Conferimos à

Aline Costa da Silva

o presente certificado, por haver participado da Mesa Redonda - Atualização em Insuficiência Cardíaca, realizada no dia 31 de agosto de 2004, na qualidade de Participante, com carga de 2 horas/aula.

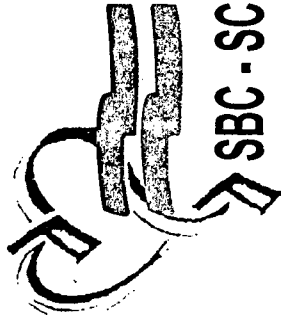
Florianópolis, 31 de agosto de 2004



*Dr. Miguel De Patta*  
*Presidente da SBC-SC*



*Dr. Carlos Garcia*  
*Diretor Científico da SBC-SC*



Sociedade Brasileira de Cardiologia  
Seção Santa Catarina

ID 3209

# Certificado

Conferimos à

Gisele Germano Torres

o presente certificado, por haver participado da Mesa Redonda - Atualização em Insuficiência Cardíaca, realizada no dia 31 de agosto de 2004, na qualidade de Participante, com carga de 2 horas/aula.

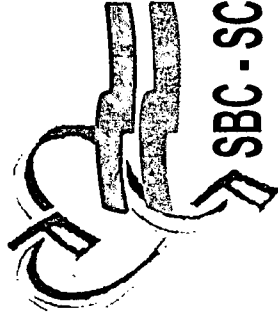
Florianópolis, 31 de agosto de 2004



*Dr. Miguel De Patta*  
*Presidente da SBC-SC*



*Dr. Carlos Garcia*  
*Diretor Científico da SBC-SC*



Sociedade Brasileira de Cardiologia  
Seção Santa Catarina

ID 3209





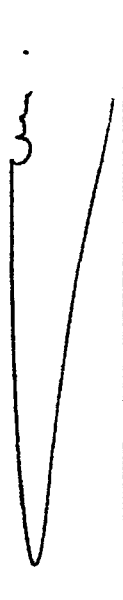
# Certificado

## Conferimos à

Katiuscia Graziela Pereira

o presente certificado, por haver participado da Mesa Redonda - Atualização em Insuficiência Cardíaca, realizada no dia 31 de agosto de 2004, na qualidade de Participante, com carga de 2 horas/aula.

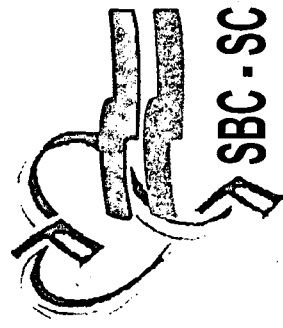
Florianópolis, 31 de agosto de 2004



*Dr. Miguel De Patta*  
*Presidente da SBC-SC*



*Dr. Carlos Garcia*  
*Diretor Científico da SBC-SC*



Sociedade Brasileira de Cardiologia  
Seção Santa Catarina

ID 3209

# Certificado

Conferimos à

Aline Costa da Silva

o presente certificado, por haver participado da Mesa Redonda - Atualização em Arritmias II, realizada no dia 14 de setembro de 2004, na qualidade de Participante, com carga de 2 horas/aula.

Florianópolis, 14 de setembro de 2004

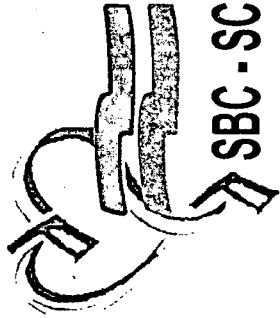


*Dr. Miguel De Patta*  
*Presidente da SBC-SC*



*Dr. Carlos Garcia*  
*Diretor Científico da SBC-SC*

ID 3217



Sociedade Brasileira de Cardiologia  
Seção Santa Catarina

# Certificado

Conferimos à

Gisele Germano Torres

o presente certificado, por haver participado da Mesa Redonda - Atualização em Arritmias II, realizada no dia 14 de setembro de 2004, na qualidade de Participante, com carga de 2 horas/aula.

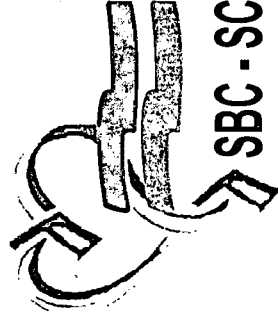
Florianópolis, 14 de setembro de 2004



*Dr. Miguel De Patta*  
*Presidente da SBC-SC*



*Dr. Carlos Garcia*  
*Diretor Científico da SBC-SC*



Sociedade Brasileira de Cardiologia  
Seção Santa Catarina

ID 3217

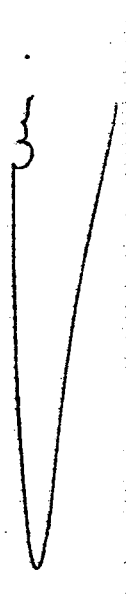
# Certificado

Conferimos à

Katiuscia Graziela Pereira

o presente certificado, por haver participado da Mesa Redonda - Atualização em Arritmias II, realizada no dia 14 de setembro de 2004, na qualidade de Participante, com carga de 2 horas/aula.

Florianópolis, 14 de setembro de 2004

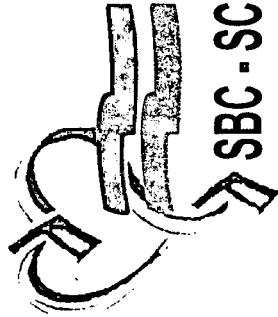


*Dr. Miguel De Patta*  
*Presidente da SBC-SC*



*Dr. Carlos Garcia*  
*Diretor Científico da SBC-SC*

ID 3217



Sociedade Brasileira de Cardiologia  
Seção Santa Catarina

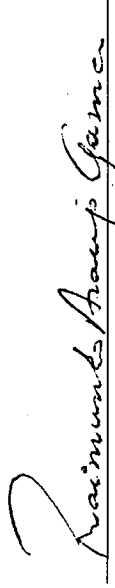


# CERTIFICADO

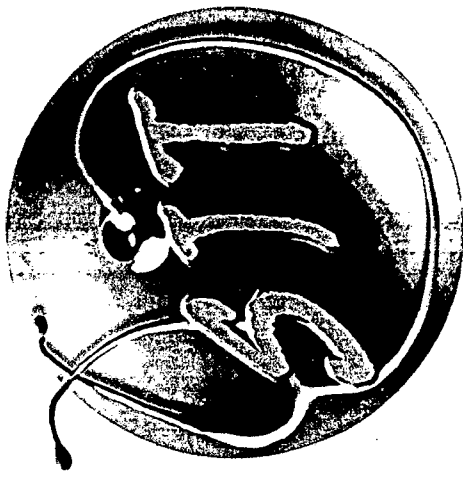
## Eletrocardiografia

Certificamos que o(a) aluno(a), **Aline Costa da Silva**,  
participou do **"Curso de Eletrocardiografia SJT"**,  
nos dias 16 e 17 de Outubro de 2004,  
com uma carga horária total de 16 (dezesseis) horas,  
acrescida de 24 (vinte e quatro) horas de treinamento ON LINE.

Florianópolis, 17 de Outubro de 2004.



**Prof. Raimundo Araújo Gama**  
Diretor do Corpo Docente do SJT  
Prof. de Clínica Médica e Propedêutica  
da Universidade Federal da  
Cidade do Rio de Janeiro - UNIRIO



**SJT Saúde Ltda.**

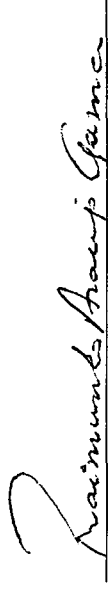
Serviços Educacionais em Medicina  
Rua Vergueiro, 4210 - 3º andar - auditório  
Vila Mariana - São Paulo - SP  
CEP 04102-002

# CERTIFICADO

## Eletrocardiografia

Certificamos que o(a) aluno(a), **Gisele Germano Torres**,  
participou do **"Curso de Eletrocardiografia SJT"**,  
nos dias 16 e 17 de Outubro de 2004,  
com uma carga horária total de 16 (dezesseis) horas,  
acrescida de 24 (vinte e quatro) horas de treinamento ON LINE.

Florianópolis, 17 de Outubro de 2004.



**Prof. Raimundo Araújo Gama**  
Diretor do Corpo Docente do SJT  
Prof. de Clínica Médica e Propedêutica  
da Universidade Federal da  
Cidade do Rio de Janeiro - UNIRIO



**SJT Saúde Ltda.**

Serviços Educacionais em Medicina  
Rua Vergueiro, 4210 - 3º andar - auditório  
Vila Mariana - São Paulo - SP  
CEP 04102-002

**III Simpósio de Enfermagem em Cardiologia**  
**III Simpósio de Fisioterapia em Cardiologia**  
**III Simpósio de Nutrição em Cardiologia**  
**I Simpósio de Educação Física em Cardiologia**

**C E R T I F I C A D O**

Certificamos que

**ALINE COSTA DA SILVA**

participou do **III SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA**  
que ocorreu de forma paralela ao **XV CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO**  
**SUL E VIII CONGRESSO SULBRASILEIRO DE CARDIOLOGIA**

e assistiu o(s) curso(s)

**AUSCULTA CARDÍACA**

no período de 31 de outubro a 02 de novembro de 2004,  
no Centro de Eventos do Hotel Serra Azul, em Gramado/RS.

Carga horária: 14 horas.

**Eneida R. Rabelo**

Coordenadora da Comissão Científica do III  
Simpósio de Enfermagem em Cardiologia

**Celso Blacher**

Presidente da Comissão Científica do XV  
Congresso de Cardiologia do RS

**Eduardo Keller Saadi**

Presidente do XV Congresso de Cardiologia  
do RS

**Ilmar Köhler**

Presidente da SBC/RS

Promoção/Realização



SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA  
DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocínio Oficial



Associação Nicotínica

Organização



Andréia Brum | Eventos

**III Simpósio de Enfermagem em Cardiologia**

**III Simpósio de Fisioterapia em Cardiologia**

**III Simpósio de Nutrição em Cardiologia**

**I Simpósio de Educação Física em Cardiologia**

**C E R T I F I C A D O**

Certificamos que

**GISELE GERMANO TORRES**

participou do **III SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA**  
que ocorreu de forma paralela ao **XV CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO**  
**SUL E VIII CONGRESSO SULBRASILEIRO DE CARDIOLOGIA**

e assistiu o(s) curso(s)

**AUSCULTA CARDÍACA**

no período de 31 de outubro a 02 de novembro de 2004,  
no Centro de Eventos do Hotel Serra Azul, em Gramado/RS.

Carga horária: 14 horas.

**Eneida R. Rabelo**

Coordenadora da Comissão Científica do III  
Simpósio de Enfermagem em Cardiologia

**Celso Blacher**

Presidente da Comissão Científica do XV  
Congresso de Cardiologia do RS

**Eduardo Keller Saadi**

Presidente do XV Congresso de Cardiologia  
do RS

**Ilmar Köhler**

Presidente da SBC/RS

Promoção/Realização



SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA  
DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocínio Oficial

**Metri**  
Agência Níctinica

Organização



Andréia Brum | Eventos



**III Simpósio de Enfermagem em Cardiologia**  
**III Simpósio de Fisioterapia em Cardiologia**  
**III Simpósio de Nutrição em Cardiologia**  
**I Simpósio de Educação Física em Cardiologia**

**C E R T I F I C A D O**

Certificamos que

**KATIUSCIA GRAZIELA PEREIRA**

participou do **III SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA**  
que ocorreu de forma paralela ao **XV CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO**  
**SUL E VIII CONGRESSO SULBRASILEIRO DE CARDIOLOGIA**

e assistiu o(s) curso(s)

**AUSCULTA CARDÍACA**

no período de 31 de outubro a 02 de novembro de 2004,  
no Centro de Eventos do Hotel Serra Azul, em Gramado/RS.

Carga horária: 14 horas.

*Eneida R. Rabelo*

*Abelha Pereira*

*Ilmar Köhler*

**Eneida R. Rabelo**

Coordenadora da Comissão Científica do III  
Simpósio de Enfermagem em Cardiologia

**Celso Blacher**

Presidente da Comissão Científica do XV  
Congresso de Cardiologia do RS

**Eduardo Keller Saadi**

Presidente do XV Congresso de Cardiologia  
do RS

**Ilmar Köhler**

Presidente da SBC/RS

Promoção/Realização



SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA  
DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocínio Oficial

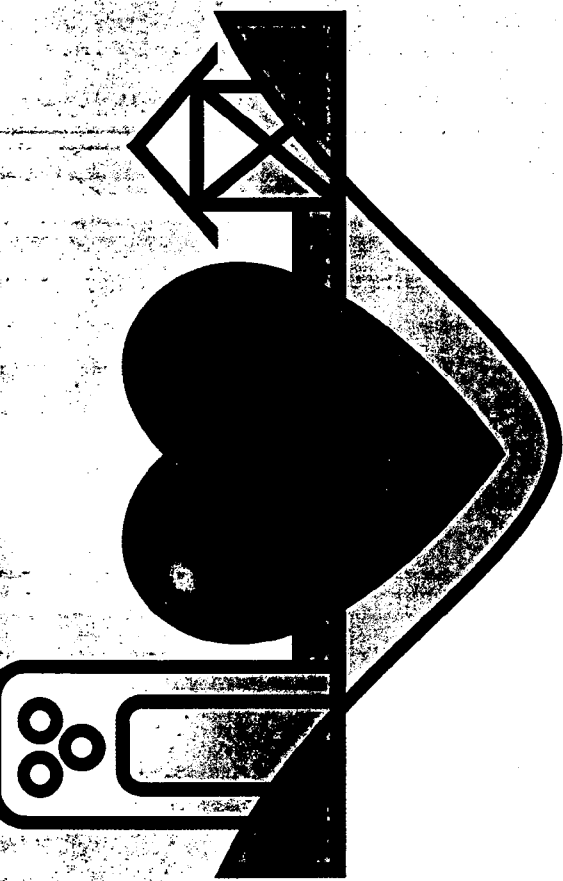


Acido Nicotínico

Organização



Andréia Brum | Eventos



# IV Jornada Blumenauense de Cardiologia

Conferimos o presente certificado a  
**GISELE GERMANO TORRES**

por sua participação e aproveitamento na IV Jornada Blumenauense de Cardiologia,  
na qualidade de Participante  
nos dias 5 e 6 de novembro de 2004, com carga horária de 275min.  
Blumenau, 6 de novembro de 2004.

Dr. Miguel de Patta  
Presidente da SBC/SC

Dr. Andrei Lewandowski  
Presidente da Jornada  
Vice-Presidente Regional SBC/SC

3812 SBC

Participantes

Apoio

unicardio

Centro cor  
SBC/SC

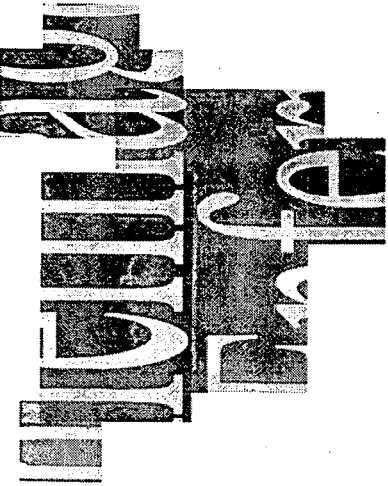
Cardio  
Blm

AstraZeneca

Lilly

sanofi aventis  
O essencial é a saúde

MEDEX  
MEDICAMENTOS EXPEDITO



# 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem

Certificamos que

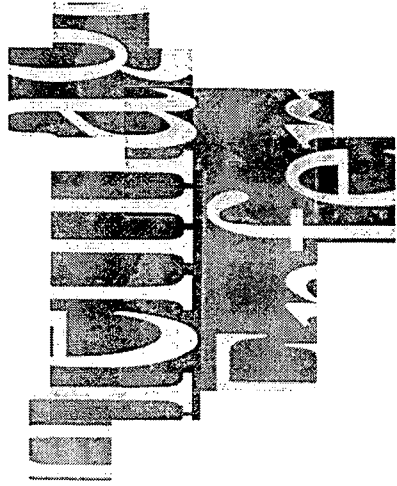
*Aline Costa da Silva*

participou do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem,  
realizado entre os dias 24 e 29 de outubro de 2004, em Gramado,  
Rio Grande do Sul.

Francisca Valda da Silva  
Presidente

Maria Henriqueta Luce Kruse  
Coordenadora da Comissão de Temas

Gramado, 29 de outubro de 2004



# 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem

Certificamos que

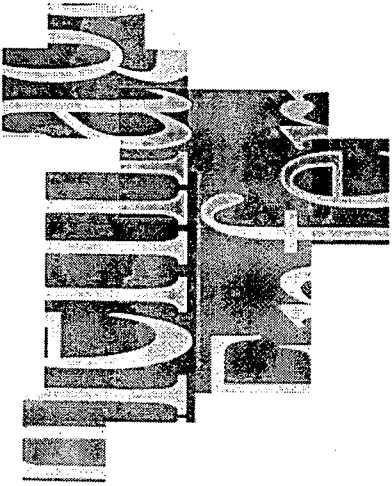
*Gisele Germano Torres*

*participou do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem,  
realizado entre os dias 24 e 29 de outubro de 2004, em Gramado,  
Rio Grande do Sul.*

Francisca Valda da Silva  
Presidente

Maria Henriqueta Luce Kruse  
Coordenadora da Comissão de Temas

Gramado, 29 de outubro de 2004



# 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem

Certificamos que

***Katiuscia Graziela Pereira***

participou do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem,  
realizado entre os dias 24 e 29 de outubro de 2004, em Gramado,  
Rio Grande do Sul.

Francisca Valda da Silva  
Presidente

Maria Henriqueta Luce Kruse  
Coordenadora da Comissão de Temas

Gramado, 29 de outubro de 2004





## ANEXO I

Declaração de Participação no Treinamento:

“Assistência de Enfermagem no Quarto Terapêutico”



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
Instituto de Cardiologia  
**Setor de Treinamento e Aperfeiçoamento**

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, **Aline Costa da Silva**, participou do treinamento **“Assistência de Enfermagem no Quarto Terapêutico”**, que se realizou no dia 13 de setembro de 2004, das 07:00 às 10:00 horas com carga horária de 2 horas, no Auditório do HRSJ e que teve como ministrantes Enfª Elke Annegret K. Cordeiro, Octavius Josué Xavier Guimarães e Dr. Fabio Figueiredo Ribeiro.

O curso teve como Conteúdo programático:

- Introdução ao Câncer de Tireóide;
- Física Básica das radiações:
  - Esquema de decaimento do I-131;
  - Tipos de radiação ( $\beta$  e  $\gamma$ );
  - Blindagem;
  - Princípios Básicos de radioproteção;
- Legislação Básica para o trabalhador de radiações;
- Cuidados de Enfermagem na Iodoterapia;
- Utilização do Iodo radioativo;
- Aspectos Biopsicossociais do paciente de Iodoterapia;
- Indicações da Iodoterapia no Câncer de tireóide (papilífero);

Por ser expressão da verdade firmamos a presente declaração.

São José, 15 de setembro de 2004.

**Marilé Inez Argenta**

Chefe do Setor de Treinamento e Aperfeiçoamento  
do Instituto de Cardiologia



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
Instituto de Cardiologia  
**Sector de Treinamento e Aperfeiçoamento**

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, **Gisele Germano Torres**, participou do treinamento "**Assistência de Enfermagem no Quarto Terapêutico**", que se realizou no dia 13 de setembro de 2004, das 07:00 às 10:00 horas com carga horária de 2 horas, no Auditório do HRSJ e que teve como ministrantes Enfª Elke Annegret K. Cordeiro, Octavio Josué Xavier Guimarães e Dr. Fabio Figueiredo Ribeiro.

O curso teve como Conteúdo programático:

- Introdução ao Câncer de Tireóide;
- Física Básica das radiações:
  - Esquema de decaimento do I-131;
  - Tipos de radiação ( $\beta$  e  $\gamma$ );
  - Blindagem;
  - Princípios Básicos de radioproteção;
- Legislação Básica para o trabalhador de radiações;
- Cuidados de Enfermagem na Iodoterapia;
- Utilização do Iodo radioativo;
- Aspectos Biopsicossociais do paciente de Iodoterapia;
- Indicações da Iodoterapia no Câncer de tireóide (papilífero);

Por ser expressão da verdade firmamos a presente declaração.

São José, 15 de setembro de 2004.



**Marilene Inez Argenta**

Chefe do Sector de Treinamento e Aperfeiçoamento  
do Instituto de Cardiologia



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
Instituto de Cardiologia  
**Setor de Treinamento e Aperfeiçoamento**

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, **Katiuscia G. Pereira**, participou do treinamento **“Assistência de Enfermagem no Quarto Terapêutico”**, que se realizou no dia 13 de setembro de 2004, das 07:00 às 10:00 horas com carga horária de 2 horas, no Auditório do HRSJ e que teve como ministrantes Enfª Elke Annegret K. Cordeiro, Octavius Josué Xavier Guimarães e Dr. Fabio Figueiredo Ribeiro.

O curso teve como Conteúdo programático:

- Introdução ao Câncer de Tireóide;
- Física Básica das radiações:
  - Esquema de decaimento do I-131;
  - Tipos de radiação ( $\beta$  e  $\gamma$ );
  - Blindagem;
  - Princípios Básicos de radioproteção;
- Legislação Básica para o trabalhador de radiações;
- Cuidados de Enfermagem na Iodoterapia;
- Utilização do Iodo radioativo;
- Aspectos Biopsicossociais do paciente de Iodoterapia;
- Indicações da Iodoterapia no Câncer de tireóide (papilífero);

Por ser expressão da verdade firmamos a presente declaração.

São José, 15 de setembro de 2004.

**Maritê Inez Argenta**  
Chefe do Setor de Treinamento e Aperfeiçoamento  
do Instituto de Cardiologia



## APÊNDICES





## APÊNDICE A

Perfil do Cliente da Unidade de Internação B

### PERFIL DO CLIENTE DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO B

[illegible]



## APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Aline Costa da Silva, Gisele Germano Torres e Katiuscia Graziela Pereira, acadêmicas da VIII fase do curso de Graduação em Enfermagem, estamos convidando-o para participar de nosso estudo chamado **“Desmitificando a Doença Cardiovascular: educação em saúde como suporte para o autocuidado”**, que visa desenvolver a assistência de Enfermagem integral, principalmente por meio de educação em saúde aos clientes com problemas cardiovasculares e aos seus familiares.

De acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, garantimos que seu nome e qualquer outro dado que o identifique serão mantidos em sigilo e que o (a) Sr (a) terá liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo consentimento, não implicando na qualidade de sua assistência.

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que participo e fui esclarecido sobre o objetivo deste estudo, estando ciente posso desistir de participar em qualquer momento e ainda que terei meu direito de anonimato preservado, assim como o sigilo dos dados fornecidos.

\_\_\_\_\_  
Ass. do Cliente

\_\_\_\_\_  
Ass. da Acadêmica

São José, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.



## APÊNDICE C

Roteiro para Levantamento de Dados



ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

<b>I – IDENTIFICAÇÃO</b>		
Nome:	Idade:	
Sexo:	Raça:	Religião:
Estado Civil:	Escolaridade:	
Profissão/Ocupação:	Renda Familiar:	
Procedência:	Endereço Residencial:	
Residência: ( ) Própria ( ) Alugada Outros:		
Telefone:		
<b>Outros dados:</b>		
Diagnóstico Médico:		
Tempo de Diagnóstico:		
Número de internações:		
Tempo que está internado:		
Médico:		
<b>II – REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS</b>		
<b>Manutenção do Influxo de Ar:</b>		
( ) Mov. Resp. Uniformes ( ) Uso da Musc. Acess. ( ) Dispneia ( ) Ortopneia		
( ) Sons Vesiculares ( ) Ruídos Adventícios:		
( ) Tosse Seca ( ) Tosse Produtiva ( ) Expectoração:		
( ) Hemoptise ( ) Cateter de O <sub>2</sub> Outros:		
Hábitos e Vícios:		
Fatores Ambientais:		
Avaliação Cognitiva:		
<b>Manutenção do Influxo de Água:</b>		
Quantidade Habitual Ingerida:		
Tipo:		
Preferência:		Intolerância:
Mudou alguma coisa após a internação? ( ) Não ( ) Sim:		
Condições de Hidratação da Pele e Mucosas:		
Fluidoterapia:		
Hábitos e Vícios:		
Fatores Ambientais:		
Avaliação Cognitiva:		

<b>Manutenção do Influxo de Alimentação:</b>			
Número de Refeições Diárias:			
Hábitos Alimentares:			
Preferência:		Intolerância:	
Peso:	Kg	Altura:	cm IMC: ( ) SNG ( ) SNE
Condições Físicas Prejudiciais:			
Segue alguma dieta? ( ) Não ( ) Sim Qual?			
Quem recomendou?			
Após a internação: O que mudou?		( ) Náuseas	( ) Vômitos
Hábitos e Vícios:			
Fatores Ambientais (onde):			
Fatores Emocionais:			
Avaliação Cognitiva:			
<b>Proviso de Cuidados Associados com os Processos de Eliminação e Excreção:</b>			
Vesical: Frequência:		Característica:	
( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Incontinência			
( ) Globo Vesical ( ) SVD ( ) Condom ( ) Cólicas Renais ( ) Infecção			
Intestinal: Frequência:		Característica:	
( ) Constipação ( ) Tenesmo ( ) Diarréia ( ) Melena ( ) Ostomia Qual?			
( ) Meteorismo ( ) Incontinência			
Após a internação: O que mudou?			
Vesical:			
Intestinal:			
Drenagens			
( ) Dreno Tipo:		Local:	
Quantidade:		Características:	
Avaliação Cognitiva:			
<b>Manutenção de Equilíbrio entre Atividade e Repouso</b>			
Tipo e Ritmo das Atividades de Vida Diária:			
( ) Atividades Físicas Quais?		Frequência:	
Algo lhe impede de praticar atividades físicas ( ) Não ( ) Sim O que?			
Quantas horas dorme por dia:			
( ) Usa medicação para dormir ( ) Insônia ( ) Pesadelos ( ) Sono Agitado			
( ) Sono Tranquilo ( ) Estertores			
Após a internação: O que mudou?			
Fatores Ambientais:			
Avaliação Cognitiva:			

**Manutenção do Equilíbrio entre Solidão e Interação Social**

Com quem você mora?

☐ Participa de grupos Quais?☐ Tem amigos Costuma encontrá-los? ☐ Não ☐ Sim☐ Costuma realizar alguma atividade de lazer? QualSente necessidade de isolar-se ☐ Não ☐ Sim Com que frequência:

Como se sente neste momento?

Avaliação Cognitiva:

**Prevenção de Risco à Vida , ao Funcionamento e Bem-Estar:**☐ HAS ☐ DM ☐ Dislipidemia ☐ ACO ☐ Menopausa

Faz uso de medicações? Quais

☐ História familiar de doença cardiovascular

Grau de Parentesco?

Quais as doenças?

Você realiza algum tipo de cuidado preventivo? ☐ Não ☐ Sim

Qual?

**Promoção do Funcionamento e Desenvolvimento Normais:**

Estado Geral:

☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Lúcido ☐ Confusão ☐ Torpor☐ Contactuante ☐ Apático ☐ Agitado ☐ DesmaiosComunicação: ☐ Verbal ☐ Não-Verbal

Sinais Vitais:

T: °C PA: mmHg FR: mrm

FC: bpm Ritmo: Características:

Sons Cardíacos:

Sexualidade:

Como era sua atividade sexual antes do diagnóstico?

Mudou alguma coisa após o diagnóstico? O que?

### III – INFORMAÇÕES REFERENTES AOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DO DESENVOLVIMENTO

Como você se sente na sua idade? Você se considera uma pessoa saudável?

Como você definiria sua vida? Tranquila, agitada, preocupada... Descreva-a.

**Você acha que a doença lhe trouxe alguma limitação?**

Adquiriu novos hábitos após a descoberta da doença? Que tipo? Sentiu alguma melhora?

Sente falta de um apoio para conviver com a doença? De quem?

Quem você acha responsável pelo sucesso do seu tratamento?

Que perspectivas você tem em relação ao seu futuro?

#### **IV – INFORMAÇÕES REFERENTES AOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE**

Após o diagnóstico da doença, você foi informado e esclarecido sobre ela? Continua fazendo acompanhamento médico?

O que você sabe sobre os fatores de risco para seu problema de saúde?

Você conhece quais as consequências de seu problema de saúde?

Quais são as dúvidas sobre sua doença? Isso lhe preocupa?

Você sabe ou tem interesse em saber como funciona o sistema cardiovascular?

Você sabe para que serve os medicamentos que toma?

O que você sente quando ocorre uma crise? Quais os sintomas que apresenta?

Que medidas você toma quando está em crise?

O que você acredita que desencadeie a crise? Por que?





## APÊNDICE D

Diagnóstico de Enfermagem na Ótica da Teoria de Orem

Diagnóstico de Enfermagem na Ótica da Teoria de Orem

DATA	DÉFICITS DE COMPETENCIA PARA O AUTOCUIDADO		SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO DE AÇÃO
	ESPECIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		



## APÊNDICE E

**Avaliação Qualitativa das Ações Educativas**



## APÊNDICE E

Avaliação Qualitativa das Ações Educativas

## Avaliação Qualitativa das Ações Educativas

*As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas. Elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos. Obrigada por participar deste encontro!!!*

*Após sua participação, gostaríamos que você fizesse uma avaliação deste encontro.*

1) Você se sentiu acolhido neste encontro?



Sim



Mais ou Menos



Não

Se não, por quê?

---

---

2) O tempo que permanecemos juntos foi satisfatório para você?



Sim



Mais ou Menos



Não

O que faltou?

---

---

3) Você conseguiu adquirir novos conhecimentos?



Sim



Mais ou Menos



Não

Quais? Foram o suficiente?

---

---





## APÊNDICE F

Processos de Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



## **PROCESSO DE ENFERMAGEM**

### **“AFRODITE”**

**Acadêmica: Aline Costa da Silva**  
**Gisele Germano Torres**  
**Katiuscia Graziela Pereira**

## **I – Identificação do cliente:**

V.M.C., 52 anos, sexo feminino, branca, católica. Casada, possui quatro filhos. Estudou até a primeira série do Ensino Fundamental. Do lar, às vezes ajuda ao marido que tem um açougue, dispõe de uma renda familiar de aproximadamente R\$ 2.000,00. Natural e procedente do município de Palhoça, onde reside em casa própria.

Internou quatro vezes para ter seus filhos, sendo que o último nasceu de parto cesário, neste dia, também fez laqueadura. Além dessas internações, V.M.C. fez histerectomia em consequência ao surgimento de vários miomas e, nesta mesma ocasião, realizou cirurgia no períneo.

No dia 27 de abril de 2004, procurou a emergência do ICSC relatando dor no peito, dormência no lado esquerdo e sensação de desmaio, sendo diagnosticado um IAM. Foi encaminhada a Unidade Coronariana, onde permaneceu por três dias sendo posteriormente internada na Unidade A por mais 12 dias. Realizou um cateterismo e duas angioplastias sem sucesso, recebendo indicação para cirurgia de Revascularização do Miocárdio.

Contudo, V.M.C. referiu angústia com a espera da cirurgia e retornou para casa. No decorrer dos dias, V.M.C. procurou várias vezes a Emergência do ICSC com os mesmos sintomas sendo que foi internada mais uma vez, permanecendo por dois dias na Unidade Coronariana e 10 dias na Unidade A, apresentando dispnéia importante, dor precordial, dormência e formigamento no lado esquerdo, o que levou a realização de mais uma angioplastia, também sem sucesso.

Internou-se no dia 28 de setembro de 2004, realizando RM com safena no dia 01 de outubro de 2004.

## **II – Requisitos de Autocuidado Universais:**

V.M.C. apresenta-se eupnéica, com movimentos respiratórios uniformes e uma tosse seca, relatando dor durante a respiração. A cliente está sendo acompanhada pela fisioterapeuta que lhe recomendou exercícios respiratórios.

Segundo seu relato, V.M.C. fumou durante 30 anos, tendo parado a 5 meses após o diagnóstico de IAM. Afirma saber que o fumo prejudica a saúde, contudo, desconhece sua relação com o coração.

A cliente apresenta-se corada e hidratada. Refere ingerir cerca de dois litros de líquido por dia, especialmente café e refrigerante. Afirmar que a água de sua casa é encanada e que costuma consumir água mineral. V.M.C. desconhece os efeitos do café e do refrigerante no sistema cardiovascular.

Em sua casa, V.M.C. realiza três refeições ao dia e costuma comer (bolachas, hambúrgueres,...) entre as mesmas. Sua alimentação é rica em carne vermelha, frituras, arroz, feijão e pobre em peixes, verduras e frutas, afirma preferir carne gorda, embora saiba que é prejudicial à saúde. Relata pesar aproximadamente 72 quilos e medir cerca de 1,52 metros (IMC = 31, obesidade). Quando fica ansiosa afirma comer muito, especialmente doces.

Após sua internação, alimenta-se mais com verduras e come menos frituras. Sabe que tem que mudar muito seus hábitos alimentares, principalmente por causa do seu problema no coração. Afirmar que vai ser bem difícil mudar seus hábitos.

Nega problemas urinários, referindo ir de sete a oito vezes ao banheiro no dia, descrevendo a urina amarela-clara e em média quantidade. Afirmar que há sete dias não evacua, relatando que seu intestino sempre funcionou “devagar”, mas que nunca ficou tanto tempo – o que está lhe trazendo mal estar. Afirmar ainda que já sofreu com hemorróida que, segundo ela, não a está incomodando.

V.M.C. afirma realizar pequenas caminhadas todos os dias até a casa dos vizinhos, mas sofre com dores fortes na coluna, que a impede de caminhar mais. Relata que está em uma fila de espera no Hospital Celso Ramos para operar uma hérnia de disco. Refere dormir nove horas por dia. Relate que possuía um sono muito agitado e que há cinco anos passou a fazer uso de Diazepam para dormir, remédio este receitado pelo médico do Centro de Saúde de seu bairro.

No hospital, afirma ter tido duas crises de dor na coluna que a fizeram perder o sono, mas de uma maneira geral tem dormido bem. Reconhece a importância do sono para a saúde.

A cliente mora com o marido e dois filhos que a ajudam nos afazeres domésticos, uma vez que o seu problema na coluna não a deixa fazer força. Afirmar ter bastante amigos. Relata que costumava sair com seus filhos e visitar os vizinhos, mas agora relata uma necessidade de isolar-se frequentemente. Declara que muita gente a deixa muito agitada. Refere que costumava ir à Igreja todos os sábados, deixando de ir devido às dores na coluna que piora quando anda. Refere ainda que vem perdendo a vontade e o ânimo para sair.

V.M.C. afirma ter pressão e colesterol altos (dislipidemia), nega Diabetes Mellitus. Relata que seu pai tem o coração dilatado, mas que não apresenta problemas de saúde e que perdeu quatro tios paternos por IAM. Afirma que após a descoberta do IAM decidiu parar de fumar.

Faz uso de Diazepam, Enalapril, Sustrate®, Cidilax®, Arilix® e Pressat®.

No que se refere à sexualidade, V.M.C. afirma não ter desejo sexual e que mantém relações esporádicas, relata que seu marido aceita e respeita sua vontade. A cliente admite que o problema no coração vai interferir, uma vez que terá medo de sentir dor e de passar mal, durante o ato sexual.

V.M.C. encontra-se orientada, lúcida, contactuante. Apática, participa de forma passiva no seu tratamento. Sinais vitais estáveis:

- T= 35,8°C;
- FR= 22 mrm;
- FC= 84 bpm e
- PA= 110X70 mmHg.

### **III – Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:**

V.M.C. relata que não tem ânimo para viver e que não tem mais vontade de fazer suas atividades normais, acredita que este desânimo tem a ver com o problema na coluna, mas julga ter uma boa saúde, pois conhece muita gente que não consegue nem andar.

A cliente há dois ou três anos vem definindo sua vida como “chata” e não sabe explicar o porquê.

Acredita que o IAM não lhe trouxe limitação, mas a hérnia de disco é que a impossibilita fisicamente.

V.M.C. afirma que parou de fumar e que tentou mudar sua alimentação, mas não conseguiu. Sabe que após a alta hospitalar terá que diminuir a quantidade de gordura e comer mais frutas e verduras, mas acredita que terá dificuldades para mudar seus hábitos. Afirma que não irá mais voltar a fumar, pois apesar do cigarro fazer-lhe falta, sente-se melhor agora.

A cliente relata sentir falta do apoio da irmã que desde que mudou de religião se afastou, afirma que elas eram muito próximas.



Acredita que no hospital o principal responsável pelo seu tratamento é o médico, mas reconhece que tem que se ajudar e que depende dela se cuidar após a alta e seguir todas as recomendações.

V.M.C. deseja ficar mais animada porque recebeu uma nova oportunidade com a cirurgia e espera retornar sua vida com um ânimo renovado.

#### **IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:**

V.M.C. realizava acompanhamento médico para controlar a pressão arterial. Afirma que, após a crise de IAM, a cliente não foi esclarecida sobre o que e nem como aconteceu, apenas sabia que seu coração estava com as “veias entupidas”.

V.M.C. não conhece os fatores que levaram ao IAM, sabia que o cigarro prejudicava sua saúde, mas não que havia relação com o coração. Além disso, desconhece as conseqüências que um IAM traz a saúde.

A cliente não sabe como funciona o Sistema Cardiovascular, mas demonstra interesse em aprender. Acredita que as pessoas deveriam receber mais orientações, pois assim saberiam o que fazer para se ajudar.

V.M.C. sabe para que serve os medicamentos que faz uso – Diazepam (para dormir); Arelix®, Pressat® e Enalapril (para controlar a pressão); Sustrat® (para o coração) e Cidilax® (para a dor na coluna) – afirma saber porque falaram para ela.

A cliente, quando em crise, sente um aperto no peito, dor, queimação, falta de ar, dormência e formigamento no lado esquerdo. V.M.C. relata que as crises acontecem mesmo quando está parada e como principal medida para aliviar os sintomas, coloca um comprimido de Sustrat® embaixo da língua e procura ficar em repouso.

Diagnóstico de Enfermagem na Ótica da Teoria de Orem - Afrodite

DATA	DÉFICITS DE COMPETENCIA PARA O AUTOCUIDADO		SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO DE AÇÃO
	ESPECIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		
06/10/04	1- Parou de fumar a 5 meses. Apresenta tosse seca e dor durante a respiração. Desconhece os prejuízos causados pelo fumo ao coração.	1- Requisito de Autocuidado Universal	1- Sistema Apoio-Educação	1- Reforçar a importância do abandono do cigarro. Observar e registrar queixas de dispnéia. Avaliar a evolução da tosse. Esclarecer que a dor possivelmente é uma consequência da cirurgia. Estimular a realização dos exercícios respiratórios prescritos pela fisioterapia.
	2- Ingesta excessiva de café e refrigerantes à base de cafeína ( $\pm$ 1 garrafa de cada por dia). Pouca ingestão de água. Desconhece os malefícios da cafeína ao coração.	2- Requisito de Autocuidado Universal	2- Sistema de Apoio-Educação	2- Estimular a redução da ingestão de café e refrigerantes à base de cafeína, e estimular a ingestão de água e sucos. Esclarecer os efeitos malefícios da cafeína no organismo.
	3- Número de refeições adequadas, porém “belisca” constantemente entre as refeições. Ingesta alimentar rica em gordura animal e carne vermelha, e pobre em frutas e verduras. Apresenta obesidade (IMC = 31).	3- Requisito de Autocuidado Universal	3- Sistema de Apoio-Educação	3- Orientar para que evite comer entre as refeições e quando sentir esta necessidade, dar preferência a frutas. Esclarecer os prejuízos ocasionados ao coração pela gordura animal e pelo consumo exagerado de carne vermelha, desestimulando seu uso; Prover orientações sobre a alimentação balanceada. Orientar que a obesidade é um importante fator de risco para o IAM.
	4- Apresenta constipação há sete dias. Afirma que já teve hemorroidas.	4- Requisito de Autocuidado Universal	4- Sistema Parcialmente Compensatório e de Apoio-Educação	4- Estimular a deambulação, para auxiliar os movimentos peristálticos, orientando os benefícios da mesma. Verificar a presença de fekaloma e comunicar ao médico, prevendo uma possível realização de enema.
	5- Dificuldade de deambulação.	5- Requisito de Autocuidado Universal	5 - Sistema Parcialmente Compensatório/ Apoio-Educação	5- Estimular e auxiliar na deambulação, orientando sobre os benefícios da mesma para a recuperação da cirurgia.
	6- Relata desinteresse pelas atividades de vida diária (AVD). Faz uso de ansiolítico para dormir.	6- Requisito de Autocuidado Universal	6- Sistema de Apoio-Educação	6- Incentivar o diálogo com a família a respeito do desinteresse pelas AVD. Orientar sobre os benefícios dos exercícios físicos. Estimular a realização de alguma atividade que lhe dê prazer.

7- Incisão cirúrgica em tórax e MIE, apresentando secreção serosanguinolenta.	7- Requisito de Autocuidado Universal	7 - Sistema Totalmente Compensatório	7- Realizar curativos diários nas incisões cirúrgicas, observando e registrando a evolução do processo de cicatrização.
8- Dificuldade em realizar higiene corporal	8- Requisito de Autocuidado Universal	8- Sistema Parcialmente Compensatório	8- Encaminhar e auxiliar a cliente no banho de aspersão e nos cuidados de higiene e conforto.
9- Refere afastamento do convívio social.	9- Requisito de Autocuidado Universal	9- Sistema de Apoio-Educação	9- Incentivar a busca de atividades prazerosas. Aconselhar a participação de atividades com os filhos e vizinhos.
10- História familiar de doenças cardiovasculares: pai (hipertrofia cardíaca) e tio (óbito por IAM). Pressão arterial controlada por medicamentos.	10- Requisito de Autocuidado Universal	10- Sistema de Apoio-Educação	10- Reforçar sobre as medidas preventivas para doenças cardiovasculares, uma vez que a hereditariedade e a Hipertensão se constituem em importantes fatores de risco.
11- Desinteresse pela atividade sexual agravada pela sua condição de saúde.	11- Requisito de Autocuidado Universal	11- Sistema de Apoio-Educação	11- Esclarecer que sua condição de saúde não a impossibilita da prática de atividade sexual.
12- Refere não ser uma pessoa saudável, especialmente por causa de seu problema de coluna. Afirma desinteresse pela vida, pois a considera chata, fato este que vem acontecendo há, aproximadamente, três anos.	12- Requisito de Autocuidado Desenvolvimental	12 - Sistema de Apoio-Educação	12- Orientar para que busque um profissional de psicologia. Reforçar a importância de buscar atividades que lhe dê prazer.
13- Afirma que o IAM não lhe trouxe limitação, mas suas dores na coluna a impossibilitam fisicamente.	13- Requisito de Autocuidado Desenvolvimental	13 - Sistema de Apoio-Educação	13- Orientar para que busque um profissional de fisioterapia, para que possa aliviar estas dores na coluna, enquanto aguarda cirurgia no Hospital Celso Ramos.
14- Pouco conhecimento sobre o IAM e os fatores de risco para o IAM. Desconhece como funciona o sistema cardiovascular, mas demonstra interesse em aprender.	14- Requisito de Autocuidado dos Desvios de Saúde	14 - Sistema de Apoio-Educação	14- Realizar atividade educativa individual ou coletiva sobre o sistema cardiovascular e o IAM; Esclarecer sobre os fatores de risco para problemas cardíacos.

## **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – dia 07/10/04**

**S** – Refere ter dormido bem, porém, estar sentindo-se desanimada. Relatou que seu intestino ainda não funcionou e essa situação continua lhe trazendo mal estar. Afirmar que a dor durante a respiração aliviou, desde que começou a fazer os exercícios respiratórios, contudo, ainda é algo que a incomoda.

**O** – Couro cabeludo íntegro. Conjuntivas hidratadas e coradas. Mucosa oral hidratada. Presença de todos os dentes, não fazendo uso de próteses dentárias. Movimentos respiratórios presentes. Abdome globoso e flácido (indolor a palpação). Realizado curativo em incisão cirúrgica vertical localizada no centro do tórax, apresentando secreção serosanguinolenta em pequena quantidade. Membros inferiores com pulsos pediosos presentes, apresentando um edema discreto em MIE. Realizado curativo em MIE, que também apresenta pequena quantidade de secreção serosanguinolenta. Há oito dias não evacua. Diurese espontânea com característica amarela clara, em média quantidade. Sinais vitais: T=36,2°C, FC=80 bpm, FR=20 mrm e PA=110X80 mmHg. Recebeu orientações sobre a importância do abandono do fumo, sobre alimentação e dicas para substituição deixando-a mais prazerosa. Entregue materiais educativos sobre fumo e alimentação.

**A** – Cliente lúcida, orientada, contactuante e apática. Movimentos respiratórios uniformes. Incisão cirúrgica no tórax e em MIE apresentando um início de infecção. Constipação há oito dias. Sinais vitais estáveis.

**P** – Observar evolução do edema em MIE,

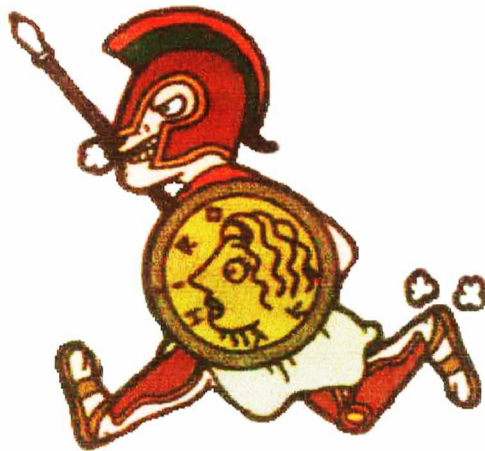
Manter cuidados com curativos em incisão cirúrgica, observando e registrando a evolução da infecção.

Comunicar ao médico, sobre a constipação e avaliar junto a ele a possibilidade da realização de enema.

Estimular a deambulação e a ingestão de alimentos ricos em fibras.

Convidar a participar da atividade educativa sobre o sistema cardiovascular e IAM.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



# **PROCESSO DE ENFERMAGEM**

## **“ARES”**

**Acadêmica: Aline Costa da Silva**  
**Gisele Germano Torres**  
**Katiuscia Graziela Pereira**



## **I – Identificação do cliente:**

O.T. é do sexo masculino, tem 58 anos, cor branca, católico e procedente da cidade de Guarujá do Sul – SC. Tem o ensino fundamental incompleto, casado, tem seis filhos (quatro homens e duas mulheres), trabalhou com lavoura durante cinco anos, em fábrica de móveis por dois anos e atualmente está aposentado. Possui uma renda familiar de aproximadamente R\$ 400,00 (quatrocentos reais) e reside em casa própria.

Deu entrada na emergência do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), no dia 20/09/2004 para procedimento cirúrgico, com diagnóstico médico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) há três meses. Está internado a 16 dias, sendo esta a sua 3ª internação (uma em Xanxerê e duas no ICSC). Realizou cirurgia de revascularização miocárdica (RM) em 04/10/2004, que transcorreu sem complicações.

## **II – Requisitos de Autocuidado Universais:**

O.T. apresenta-se eupneico, com movimentos respiratórios uniformes, sem presença de tosse. Refere ter aversão ao cigarro. Durante cinco anos utilizou praguicidas em sua lavoura e trabalhou com poeira de madeira durante dois anos. Reconhece os riscos da exposição aos praguicidas e a poeira da madeira para os pulmões. Refere ter realizado tratamento com pneumologista para prevenir futuros problemas respiratórios, devido a sua exposição a estes agentes agressores. Afirma usar desde então, xarope caseiro à base de mel puro, alho e cebola roxa, e xarope de mel puro com beterraba.

O.T. refere ingerir cerca de cinco litros de água mineral por dia. Além disso, afirma beber suco natural de frutas e leite desnatado. Confessou que bebe uma lata de cerveja sem álcool, aproximadamente uma vez na semana e um cálice de vinho seco por dia. Diz não tolerar refrigerantes e café preto.

Apresenta-se hidratado com discreto edema nas mãos. Possui água encanada em casa, bebe água mineral e relatou não ser dependente do álcool. Afirma que pode beber cerveja, porém não todos os dias. Relatou ser doador de sangue há 12 anos.

O.T. relatou realizar habitualmente duas refeições por dia (almoço e jantar). Alimenta-se basicamente de feijão, arroz branco, mandioca, saladas, pão branco e de milho, macarrão caseiro, leite desnatado, mel, melado, frango frito sem pele, peixe, carne de porco e frutas. Tem preferência por polenta e não tolera lasanha, pizza, maionese, catchup e mondongo (dobradinha). Afirmar pesar 90 kg e possuir 1,68 m de altura, o que indica um sobrepeso (IMC=27). Relata seguir dieta recomendada pelo médico. Após a cirurgia vem se alimentando pouco e basicamente de líquidos, pois refere dor na garganta.

Afirmar urinar aproximadamente sete a oito vezes durante o dia, e notou a urina mais turva. Diz ser por causa dos medicamentos (Balcor® e Sustrate®). Evacuou após quatro dias da cirurgia e queixa-se de muitos flatos que lhe causam desconforto.

Depois que se aposentou refere ter diminuído muito o ritmo das atividades diárias. Afirmar fazer caminhadas pela cidade todos os dias e gosta de conversar com os amigos e tomar chimarrão. Dorme em torno de 8 horas à noite e 1 hora após o almoço, segundo ele por recomendação médica. Está fazendo uso de medicação para dormir e refere ter pesadelos. Afirmar roncar quando dorme com os braços acima da cabeça.

Mora com a esposa e duas filhas, afirmar possuir muitos amigos e não sente vontade de isolar-se. Afirmar ainda, sentir necessidade de conversar com os amigos. Participa de bailes para idosos, onde “coloca som” (DJ).

Diz que seu lazer é treinar o time feminino de bolão de sua cidade e assistir aos corais musicais das cidades vizinhas.

Nega ter Hipertensão (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e afirmar ter Dislipidemia. Possui história na família de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): pai, avô, tios e dois irmãos – (todos com óbitos) e sua mãe é Hipertensa.

O.T. encontra-se orientado, lúcido, contactuante, e colaborativo em relação ao seu tratamento. Sinais vitais estáveis: T= 36,7°C; FR= 20 mrm; FC= 80 bpm e PA= 120X80 mmHg.

### **III – Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:**

Afirma sentir-se como um jovem mesmo com sua idade e sente-se saudável apesar do seu problema no coração, que não considera um problema. Diz ser uma herança da família e que tem que enfrentar.

Considera-se uma pessoa tranqüila, porém afirma ter passado por períodos difíceis como a doença de sua mulher (IAM) e um acidente automobilístico com um dos seus filhos. Mas não se considera uma pessoa estressada.

O.T. acredita que seu problema de saúde não lhe traz nenhuma limitação, apenas neste período em que está internado. Afirma que mudou seus hábitos após o diagnóstico de IAM, afirma que aprendeu o que lhe faz mal e resolveu mudar.

Para O.T., o médico e ele têm que trabalhar juntos para o sucesso de seu tratamento, pois este depende de ambos.

Suas expectativas para o futuro são de cuidar de si e seguir as recomendações do médico, principalmente nos primeiros seis meses e gradativamente pretende voltar a trabalhar com a piscina, porque julga ser um serviço saudável.

### **IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:**

O.T. afirmou que foi informado sobre seu problema de saúde pelo médico, em sua primeira crise de infarto, porém gostaria de ser esclarecido sobre o funcionamento do coração e como ocorre o IAM. Faz acompanhamento médico desde que obteve o diagnóstico inicial de IAM há 15 anos.

Reconhece alguns dos fatores de risco relacionados com seu problema de saúde como a comida gordurosa, o cigarro e o estresse.

Relata que as causas de seu problema de saúde são de origem familiar, ou seja, hereditário, além do colesterol alto (Dislipidemia) e a carne gorda que sempre ingeriu.

Mostrou-se muito interessado em saber mais sobre sua condição de saúde.

Conhece pouco sobre os medicamentos que faz uso. Disse que usa AAS® 200 para “afinar o sangue” e Balcor® e Sustrate® para “dilatar as veias e evitar novo infarto”.



O.T. relatou que no momento da crise sentiu um formigamento no braço esquerdo que se estendia para o pescoço e para o ombro. Afirma que a dor é indescritível, que não dá tempo para gritar e nem de falar. Comentou ainda, que sentia fortes dores no peito quando levantava peso, porém começou a sentir dores quando estava em repouso.

Contou que se sentou, ficou calmo e pediu para a esposa chamar a ambulância. Não perdeu a consciência em nenhum momento.

## Diagnóstico de Enfermagem na Ótica da Teoria de Orem - Ares

DATA	DÉFICITS DE COMPETENCIA PARA O AUTOCUIDADO		SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO DE AÇÃO
	ESPECIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		
08/10/04	1- Risco relacionado à manutenção do influxo de ar: uso de praguicida por 5 anos e trabalhou em serraria por 2 anos. Dificuldade e dor durante a respiração.	1- Requisito de Autocuidado Universal	1- Sistema Parcialmente Compensatório e de Apoio-Educação	1- Orientar sobre o prejuízo causado a função respiratória pelo uso de agrotóxicos e pela poeira de madeira (asbestose). Observar e registrar a evolução da dispnéia. Estimular a realização dos exercícios respiratórios prescritos pela fisioterapeuta.
	2- Edema em membros superiores (mãos).	2- Requisito de Autocuidado Universal	2- Sistema de Apoio-Educação	2- Estimular a realização de exercícios com as mãos.
	3- Número de refeições diárias insuficientes.	3- Requisito de Autocuidado Universal	3- Sistema de Apoio-Educação	3- Orientar sobre a necessidade do aumento do nº de refeições em menores quantidades; Prover orientações sobre a alimentação balanceada.
	4- Desconforto ao deglutir	4- Requisito de Autocuidado Universal	4- Sistema de Apoio-Educação	4- Esclarecer sobre as possíveis lesões provocadas pelo tubo oro traqueal.
	5- Apresenta Sobrepeso (IMC=27)	5- Requisito de Autocuidado Universal	5- Sistema de Apoio-Educação	5- Orientar a importância da perda de peso como forma de diminuir o fator de risco obesidade.
	6- Meteorismo	6- Requisito de Autocuidado Universal	6- Sistema de Apoio-Educação	6- Esclarecer sobre o acúmulo de ar no abdome devido à cirurgia. Estimular a deambulação precoce.
	7- Colesterol elevado.	7- Requisito de Autocuidado Universal	7- Sistema de Apoio-Educação	7- Esclarecer sobre os prejuízos do colesterol elevado. Fornecer material educativo sobre alimentação.
	8- Dificuldade de deambulação.	8- Requisito de Autocuidado Universal	8- Sistema Parcialmente Compensatório	8- Estimular e auxiliar na deambulação, orientando sobre os benefícios da mesma para a recuperação após a cirurgia.
	9- Integridade da pele prejudicada pela incisão cirúrgica.	9- Requisito de Autocuidado Universal	9- Sistema totalmente Compensatório	9- Realizar curativos nas incisões cirúrgicas: tórax e perna esquerda. Observar a presença de sinais de infecção.
	10- Dificuldade em realizar higiene corporal.	10- Requisito de Autocuidado Universal	10- Sistema Parcialmente Compensatório	10- Encaminhar o cliente para o banho de aspersão, auxiliando-o no mesmo. Orientar sobre a limpeza do local da incisão cirúrgica.
	11- História familiar de doenças cardiovasculares: avô, pai, irmão, tios (todos com IAM).	11- Requisito de Autocuidado Universal	11- Sistema de Apoio-Educação	11- Reforçar sobre as medidas preventivas para doenças cardiovasculares, uma vez que a hereditariedade constitui-se num importante fator de risco.



## **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – dia 13/10/04**

**S** – Refere estar sentindo-se bem. O que lhe incomoda é a dor na garganta.

**O** – Couro cabeludo apresentando descamação após a cirurgia. Conjuntivas íntegras e coradas. Mucosa oral íntegra e preservada. Não faz uso de próteses dentárias. Movimentos respiratórios presentes, sem queixas álgicas. Elevação da região inframamária direita, não dolorosa ao toque. Abdome globoso e flácido com nódulos em região peri-umbilical. Incisão cirúrgica em posição vertical localizada no centro do tórax. Manchas arroxeadas em região hipogástrica. Membros superiores sem edema e íntegros. Membros inferiores com leve edema e incisão cirúrgica em membro inferior esquerdo. Evacuou uma vez pela manhã em grande quantidade. Teve febre durante a noite. Sinais vitais: T=36,7°C, FC=76 bpm, FR=18 mrm e PA=120X80 mmHg.

**A** – Cliente encontra-se lúcido, comunicativo e contactuante. Apresenta o couro cabeludo ressecado. Movimentos respiratórios uniformes. Edema localizado em região inframamária direita, provavelmente pelo uso dos afastadores durante a retração esternal, no momento da cirurgia. Incisão cirúrgica com bom processo de cicatrização. Hematomas em região hipogástrica. Membro inferior esquerdo com incisão em bom processo de cicatrização sem presença de sinais de infecção. Lipotrofia em região peri-umbilical. Deambula sem auxílio.

**P** – Observar evolução do edema em região inframamária direita e do hematoma em região hipogástrica.

Manter cuidados com curativos em incisão cirúrgica.

Estabelecer rodízio para aplicação de injeções subcutânea.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**



**PROCESSO DE ENFERMAGEM**  
**“PERSEU”**

**Acadêmica: Aline Costa da Silva**  
**Gisele Germano Torres**  
**Katiuscia Graziela Pereira**

## **I – Identificação do cliente:**

V.R.A.M.R., 50 anos, sexo masculino, evangélico, convívio marital, três filhos, trabalhador autônomo, 2ª série do 1º grau. Natural de Lages, procedente da Grande Florianópolis, morador do bairro Monte Cristo. Renda familiar aproximada de R\$ 1.000.00. Há aproximadamente dois meses teve diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio anterior. Foi internado inicialmente no Hospital Florianópolis e transferido para o Instituto de Cardiologia no dia 06/10. É sua primeira internação neste hospital. Já realizou quatro cirurgias por outros problemas de saúde. Foi hospitalizado no Instituto Psiquiátrico de São José, várias vezes, por problemas com bebidas alcoólicas. Está aguardando cirurgia de Revascularização do Miocárdio.

## **II – Requisitos de Autocuidado Universais:**

Cliente refere ter tido dispnéia somente no momento da dor precordial. Durante a internação mantém-se eupneico.

Ingere aproximadamente quatro litros de água e um de chá (hortelã, erva cidreira) por dia. Tem preferência por água. Após a internação não tem ingerido chás.

Faz em média 4 refeições diárias. Come muitas frutas e verduras. Gosta de carnes gordas, frituras e maionese. Intolera molhos. Emagreceu 10 kg após a internação, porém continua alimentando-se bem. Pesa atualmente 99kg. Reclama da dieta hospitalar. Reconhece que seu maior desafio será modificar seus hábitos alimentares. Demonstra interesse em aprender o que deve comer e como preparar sua alimentação.

Eliminação vesical presente, aproximadamente dez vezes ao dia, com cor e odor característico. Evacua todos os dias, fezes pastosas. Não houve mudança após internação.

Refere ter um ritmo de vida calmo e agitado ao mesmo tempo, pois mora em uma área muito perigosa e por isso sempre está tenso. Dorme em média nove horas por dia. Faz uso de Bromazepam para dormir. Avalia que o remédio lhe deixa mais calmo e quando não o toma, fica agressivo e angustiado.

Não realiza nenhum tipo de atividade física.



Foi criado somente pela mãe e não tinham bom relacionamento com a mesma. Pai abandonou a família. Saiu de casa aos 18 anos. Tem um filho do primeiro casamento e adotou mais dois com a atual companheira. Refere viver bem com a esposa e mantém vida sexual ativa. Decepcionado com filho legítimo devido ao vício (maconha). Tem muitos amigos e costuma encontrá-los regularmente. Como atividade de lazer cuida de pássaros e vai a igreja.

Relata que não se preocupa muito com sua saúde e nunca imaginou que teria problemas cardíacos. Sabe que agora terá que mudar seu estilo de vida.

Ao exame físico: boas condições de higiene. Pele com cicatrizes cirúrgicas e tatuagens, hidratada e corada. Ausência de edemas. Deformidades nos pés. Pulso com ritmo regular. 1º e 2º bulhas audíveis à ausculta cardíaca. Sinais vitais: PA = 120 x 80 mmHg FC = 84 bpm FR = 22 mpm T = 37° C.

### **III – Requisitos de Autocuidado do Desenvolvimento:**

Admite que terá dificuldades em modificar seus hábitos, principalmente a alimentação. Diz-se disposto para o trabalho e apesar de todas as co-morbidades sente-se saudável. Tem planos futuros de casamento religioso, ficar bom e vender sua casa.

Diz receber muito apoio de sua esposa e considera-se responsável pelo sucesso do seu tratamento.

### **IV – Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde:**

Sabe que teve um infarto devido “veias entupidas” e que terá que fazer uma cirurgia. Desconhece o que são fatores de risco para o seu problema de saúde e as consequências de um enfarto. Não associou a dor que sentiu no peito com o coração. Tem interesse em saber como funciona o sistema cardiovascular.

Apresenta HAS, DM e dislipidemia. Faz tratamento medicamentoso com: Captopril, Hidroclorotiazida, Propranolol e Daonil®. Não usa açúcar branco e o sal em pouca quantidade. Desconhece história familiar de problemas cardíacos.

Refere dores de cabeça (região occipital) há dois anos. Geralmente, acorda com a dor. Paresia em MMSS que melhora ao colocá-los para baixo. Acha que é problema de coluna.

Ex- tabagista (4 carteiras/dia por 14 anos) e ex-alcoolista (4l de cachaça/dia por 14 anos) há 22 anos. Abandonou os vícios porque reconheceu que já estava no “fim do poço”.

Acredita que a doença não lhe trouxe nenhuma limitação e tem boas expectativas quanto a sua cirurgia.



Diagnóstico de Enfermagem na Ótica da Teoria de Orem - Perseu

DATA	DÉFICITS DE COMPETENCIA PARA O AUTOCUIDADO		SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO DE AÇÃO
	ESPECIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		
15/10/04	1- Ex- tabagista e ex-alcoolista	1- Requisito de Autocuidado Universal	1- Sistema de Apoio-Educação	1- Parabenizar quanto ao abandono dos vícios.
	2- Ingesta alimentar rica em gordura animal; insatisfação frente à dieta hospitalar; reconhece que modificar seus hábitos alimentares é necessário, porém admite que será difícil.	2- Requisito de Autocuidado Universal	2- Sistema Parcialmente Compensatório/ Apoio-Educação	2- Orientar quanto aos prejuízos ocasionados ao coração pela gordura animal; fornecer material educativo sobre alimentação (folder); discutir os benefícios de uma boa alimentação; rever dieta hospitalar com a nutricionista; estimular a mudança de hábitos relacionados à alimentação.
	3- Tensão devido à violência presente no bairro onde mora.	3- Requisito de Autocuidado Universal	3- Sistema de Apoio-Educação	3- Incentivar o cliente a expor seus sentimentos, angústias e medos; descobrir junto ao cliente maneiras de diminuir sua tensão.
	4- Sedentarismo.	4- Requisito de Autocuidado Universal	4- Sistema de Apoio-Educação	4- Prover orientações acerca dos benefícios dos exercícios físicos; incentivar o cliente a procurar o programa de Reabilitação cardiovascular do ICSC.
	5-Decepção devido ao vício de seu filho.	5- Requisito de Autocuidado Universal	5- Sistema de Apoio-Educação	5- Incentivar diálogo entre pai e filho.
	6- Presença de comorbidades como: HAS, DM e dislipidemia.	6- Requisito de Autocuidado Universal	6- Sistema de Apoio-Educação	6- Conversar sobre a importância do controle da hipertensão, diabetes e dislipidemia; fornecer material educativo sobre os efeitos do diabetes no coração; encontrar junto ao cliente e sua esposa alternativas para a substituição do sal no preparo dos alimentos.
	7- Desconhecimento acerca dos fatores de risco para as doenças cardíacas e suas consequências; desconhece como funciona o sistema cardiovascular, mas demonstra interesse em aprender.	7- Requisito de Autocuidado dos Desvios de Saúde	7- Sistema de Apoio-Educação	7- Prover informações acerca dos fatores de risco para as DAC, especialmente sobre diabetes; realizar atividade educativa sobre o sistema cardiovascular; esclarecer as consequências do infarto.
	8- Cefaleia e parestia em MMSS	8- Requisito de Autocuidado dos Desvios de Saúde	8- Sistema de Apoio-Educação	8- Conversar com o médico assistente sobre tais sintomas.

## **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – dia: 13/10/2004**

**S** – Refere estar tranquilo para a cirurgia e confiante com o resultado da mesma. Esposa e filha dizem estar confiante, mas vão permanecer no hospital até o cliente sair da cirurgia.

**O** - Lúcido, orientado e contactuante. Fácies alerta. Hidratado e corado. Ausência de edema. Aguardando ser chamado para o centro cirúrgico na companhia da filha e da esposa.

Realizado cuidados pré-operatórios: tricotomia do tórax, banho de aspersão supervisionado, assepsia da pele com PVPI aquoso, higiene oral supervisionada e vestimento de camisola aberta.

Entregue material sobre diabetes e infarto para a família.

Discutido sobre algumas maneiras saudáveis de preparar os alimentos.

Fornecido informações sobre o tempo de duração da cirurgia e sobre o funcionamento da Unidade Coronariana (UCO).

Encaminhado cliente ao centro cirúrgico.

**A** – Cliente aparentemente calmo e confiante.

Família presente, apoiando e confortando o cliente.

Família preocupada e tensa com a cirurgia.

**P** - Dar apoio emocional à família.

Acompanhar pós-operatório na UCO.

## **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – dia: 21/10/2004**

**S** - Refere estar bem por meio de comunicação não verbal.

**O** - Cliente em 1º PO de revascularização do miocárdio. Encontra-se lúcido, orientado e sonolento. Hidratado e corado. Em desmame de ventilação mecânica invasiva, com tubo orotraqueal e macronebulização. FR = 20 mpm. Murmúrios vesiculares à ausculta pulmonar. Apresenta saturação 99%. Ritmo sinusal ao monitor cardíaco, 1º e 2º bulha audíveis à ausculta cardíaca. Pulso arterial com ritmo regular e cheio. FC = 86 bpm e PA = 130 x 80 mmHg. Punção venosa em subclávia esquerda. Incisão cirúrgica em tórax e MIE. Dreno torácico e abdominal. Sonda vesical de demora.

Acompanhado a realização dos curativos da punção de subclávia que se apresentava sem secreção, edema, calor ou rubor; da incisão cirúrgica de tórax que apresentava pequena quantidade de secreção serosanguinolenta; do local da safenectomia também com secreção serosanguinolenta, mas em grande quantidade e do local de incisão dos drenos.

**A** - Sinais vitais estáveis.

Punção venosa sem sinais flogísticos.

Incisão cirúrgica em tórax e local de inserção dos drenos com bom aspecto.

Incisão cirúrgica em MIE

**P** - Fornecer informações sobre a situação do cliente à família.

Reforçar as orientações de pós-operatório ao cliente e à família.



## APÊNDICE G

Planejamento da Atividade Educativa

Comemoração do Dia Mundial do Coração (30 de setembro)

**Planejamento da Atividade Educativa**  
**Comemoração do Dia Mundial do Coração (30 de setembro)**  
**“Vídeo e Gincana”**

Data: 30 de setembro de 2004.

Hora/ Duração: 9:00 – 11:00 horas

Local: Sala de Estar da Unidade de Internação B

**Objetivo Geral:**

Reunir os clientes da Unidade de Internação B, capacitando-os para assumirem ações de autocuidado, por meio de ações educativas em saúde, além de comemorar o Dia Mundial do Coração.

**Objetivos Específicos:**

- Promover a integração dos clientes com problemas cardiovasculares, equipe de saúde e acadêmicas de Enfermagem.
- Oferecer atividade de lazer aos clientes, a fim de diminuir a ansiedade e proporcionar um momento de prazer.
- Fornecer informações sobre alimentação, fumo, estresse, sexualidade, atividade física, entre outros, favorecendo o desenvolvimento de competências para o autocuidado.
- Esclarecer as dúvidas que surgirem durante as atividades, contribuindo para o aprendizado individual e coletivo referente aos temas propostos.

**Desenvolvimento da Atividade:**

**1º Passo:** Determinar o número de participantes, de acordo com a capacidade física do local do encontro (15 clientes).

**2º Passo:** Escolher os participantes, de acordo com sua capacidade locomotora (aqueles que podem se locomover com facilidade), nível de consciência



(os lúcidos e orientados), idade (até 65 anos), tempo de internação (com período longo de internação) e estado psicológico (os mais deprimidos e abatidos).

**3º Passo:** Confeccionar os convites e entregá-los pessoalmente aos clientes internados, esclarecendo que a atividade será restrita aos mesmos em função da capacidade física do local.

**4º Passo:** Providenciar o material didático (vídeo cassete, televisão, cartazes, balões, lembranças, premiação, *folders*, ficha de avaliação, tarjetas com perguntas e respostas para a realização de uma gincana).

**5º Passo:** Preparar a sala para receber os convidados.

**6º Passo:** Acolhimento dos participantes com entrega de uma lembrança (maçã decorada) e ficha de avaliação.

**7º Passo:** Apresentação das acadêmicas e dos participantes, assim como a programação da dinâmica da atividade.

**8º Passo:** Mostrar um vídeo - reportagem do Globo Repórter, exibida em 24 de setembro de 2004, sobre as doenças cardiovasculares.

**9º Passo:** Discussão sobre o vídeo com o esclarecimento de dúvidas.

**10º Passo:** Realização de uma gincana.

**11º Passo:** Premiação da equipe vencedora.

**12º Passo:** Finalização da atividade com agradecimento da presença dos participantes e reforçar a entrega das fichas de avaliação.

### **Descrição da Atividade: "Gincana"**

A gincana será realizada através de 9 perguntas relacionadas aos temas propostos. Os participantes serão divididos em 3 equipes, onde cada uma das equipes receberá 18 tarjetas com uma resposta certa e uma errada para cada pergunta. A facilitadora fará uma pergunta e as equipes terão o mesmo tempo para procurar a resposta correta entre as tarjetas recebidas. A equipe que acertar mais perguntas será premiada com uma cesta de frutas, pães integrais e queijo branco.

## Recursos Didáticos Utilizados:

## Modelo do Convite:



# Convite !!!

Nessa quinta- feira, 30 de setembro de 2004,  
é o Dia do Coração. Assim, neste dia, estamos lhe  
convidando para participar de algumas atividades  
educativas e descontraídas, que acontecerão na Sala de Bem  
Estar da Unidade B, do Instituto de Cardiologia nos seguintes  
horários:

- 9:00 - 9:30 hs - Vídeo Educativo sobre como cuidar do  
CORAÇÃO.
- 9:45 - 11:00 hs - Gincana sobre o CORAÇÃO. (Com  
premiação para os Campeões)

**VENHA PARTICIPAR E SE DIVERTIR, A FINAL SEU  
CORAÇÃO MERECE ESSE CARINHO!!!**

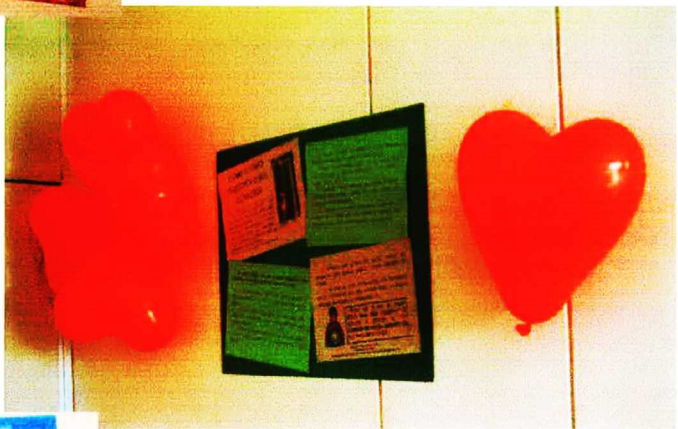
**Promoção: Acadêmicas de Enfermagem: Aline, Gisele e  
Katiuscia - UFSC.**

## Lembranças:



**30 de Setembro  
LEMBRANÇA DO DIA  
MUNDIAL DO CORAÇÃO  
ALINE, GISELE e KATIUSCIA**

**Cartazes e Balões:**





## APÊNDICE H

Planejamento da Atividade Educativa

Conhecendo o Sistema Cardiovascular

**Planejamento da Atividade Educativa II**  
**Conhecendo o Sistema Cardiovascular**  
**“Cartazes e Desenhos”**

Data: 13 de outubro de 2004.

Hora/ Duração: 9:30 – 10:30 horas

Local: Sala de Estar da Unidade de Internação B

**Objetivo Geral:**

Realizar atividade coletiva de Educação em Saúde aos clientes da Unidade de Internação B, incluindo os participantes de nosso estudo, sobre o Sistema Cardiovascular, o Infarto e a Angina.

**Objetivos Específicos:**

- Promover educação em Saúde aos clientes com Infarto e Angina, a fim de proporcionar a estes conhecimento sobre o seu problema de saúde.
- Conhecer o entendimento destes clientes sobre o seu problema de saúde por meios de desenhos.
- Fornecer informações sobre como funciona o Sistema Cardiovascular, como o fumo prejudica este sistema, o que é o Infarto e o que é a Angina.
- Esclarecer as dúvidas que surgirem durante as atividades, contribuindo para o aprendizado individual e coletivo referente aos temas propostos.

**Desenvolvimento da Atividade:**

**1º Passo:** Selecionar os participantes, de acordo com o seu problema de saúde (Infarto e Angina), especialmente aqueles que estamos realizando o processo de Enfermagem.



**2º Passo:** Fazer o convite pessoalmente a cada um dos clientes selecionados, um dia antes da atividade.

**3º Passo:** Confeccionar os cartazes explicativos sobre o funcionamento do Sistema cardiovascular e sobre o Infarto.

**4º Passo:** Providenciar o material didático (caixa de fósforos, folhas brancas, lápis de cor, giz de cera e ficha de avaliação).

**5º Passo:** Preparar a sala para receber os convidados.

**6º Passo:** Acolhimento dos participantes com a dinâmica da “Caixa de Fósforos”, com apresentação das acadêmicas e dos participantes.

**7º Passo:** Apresentação da programação das atividades a serem realizadas e entrega das fichas de avaliação.

**8º Passo:** Exposição dialogada sobre o Sistema Cardiovascular, utilizando como recurso didático um cartaz explicativo.

**9º Passo:** Realização de dois desenhos (coração sadio e coração com problemas) pelos participantes.

**10º Passo:** Discussão sobre os desenhos.

**11º Passo:** Exposição dialogada sobre o Infarto e a Angina, utilizando como recurso didático um cartaz explicativo.

**12º Passo:** Espaço para esclarecimento de dúvidas.

**13º Passo:** Finalização da atividade com agradecimento da presença dos participantes e reforçar a entrega das fichas de avaliação.

### **Descrição da Atividade: “Dinâmica da Caixa de Fósforos”**

A dinâmica será realizada com os integrantes dispostos em círculo, onde um deles receberá uma caixa de fósforos e acenderá um palito. Enquanto o palito estiver aceso, o participante que estiver segurando falará seu nome, sua procedência e expressará seus sentimentos acerca da hospitalização. Quando a chama do fósforo apagar o participante deverá entregar a caixa de fósforos para o participante ao seu lado. Este, por sua vez, deverá repetir a ação, e assim até que todos os participantes tenham realizado a sua apresentação.



## APÊNDICE I

Planejamento da Atividade Educativa

Orientações para Alta Hospitalar

## **Planejamento da Atividade Educativa 3**

### **“Orientações para Alta Hospitalar”**

Data: 05 de outubro de 2004.

Hora/ Duração: 10:00 – 11:00 horas.

Local: Quarto do cliente “Apolo”.

#### **Objetivo Geral:**

Orientar cliente e família sobre os cuidados que devem ser seguidos após a Alta Hospitalar.

#### **Objetivos Específicos:**

- Fornecer informações sobre os cuidados com a higiene corporal.
- Orientar sobre a realização do curativo da incisão cirúrgica, como identificar sinais de infecção, o período para a retirada de pontos.
- Ressaltar a importância de tomar as medicações nos horários prescritos, bem como, a necessidade de um acompanhamento ambulatorial.
- Explicar sobre os cuidados com o sono (posição para dormir), a importância e a necessidade dos exercícios físicos, bem como o período de repouso e como deve iniciar estes exercícios físicos.
- Esclarecer dúvidas sobre a prática da atividade sexual.
- Entregar *folder* de orientações para a alta hospitalar da instituição, conforme anexo F.
- Entregar *folders* sobre fumo e alimentação, conforme apêndices K e L, respectivamente.

#### **Desenvolvimento da Atividade:**

**1º Passo:** Apresentação das acadêmicas, assim como a finalidade da visita.

**2º Passo:** Discussão sobre os assuntos planejados.

**3º Passo:** Entrega de material didático (*folders*).

**4º Passo:** Esclarecimento das possíveis dúvidas do cliente e da sua família.

**5º Passo:** Finalização da visita, ressaltando a importância do acompanhamento médico após a cirurgia e convidando para conhecer o Programa de Reabilitação Cardíaca.



## APÊNDICE J

Planejamento da Atividade Educativa

Encerramento



## **Planejamento da Atividade Educativa III**

### **“Encerramento”**

Data: 22 de outubro de 2004.

Hora/ Duração: 9:30 – 10:30 horas

Local: Sala de Estar da Unidade de Internação B

#### **Objetivo Geral:**

Realizar atividade coletiva de Encerramento das atividades de estágio, proporcionando um momento de integração e despedida entre os clientes e as acadêmicas.

#### **Objetivos Específicos:**

- Encerrar as atividades de estágio no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.
- Proporcionar um momento de integração, motivação e sensibilização de alguns clientes da Unidade B.
- Estimular o autocuidado dos participantes abordando temas como auto-estima, relacionamento inter-pessoal, espiritualidade, entre outros.

#### **Desenvolvimento da Atividade:**

**1º Passo:** Determinar o número de participantes, dando preferência para os clientes que já haviam participado das outras atividades e também para seus companheiros de quarto.

**2º Passo:** Confeccionar e entregar o convite pessoalmente a cada um dos clientes selecionados, um dia antes da atividade.

**3º Passo:** Providenciar o material didático (balões, tarjetas com sentimentos, revistas, tesouras, cola, painéis de EVA, coração de pelúcia,

aparelho de som, CDs de relaxamento, corações de sabonete para lembranças e Certificado de Amizade).

**4º Passo:** Confeccionar as lembrancinhas (corações de sabonetes) e os painéis de EVA.

**5º Passo:** Preparar a sala para receber os convidados.

**6º Passo:** Acolhimento dos participantes com a dinâmica do "Construindo um coração", com apresentação das acadêmicas e dos participantes.

**7º Passo:** Apresentação da programação das atividades a serem realizadas.

**8º Passo:** Dividir os participantes em dois grupos para o preenchimento dos painéis de EVA, com recortes de revistas.

**9º Passo:** Solicitação de um representante de cada grupo para apresentar os painéis.

**10º Passo:** Discussão coletiva dos painéis.

**11º Passo:** Realização da dinâmica da "Sensibilização".

**12º Passo:** Entrega dos certificados de amizade e das lembranças.

**13º Passo:** Finalização da atividade com agradecimento da presença dos participantes e despedida.

### **Descrição da Atividade: "Dinâmica Construindo um Coração"**

A dinâmica será realizada com os integrantes dispostos em círculo, onde um deles receberá um coração de pelúcia. Este deverá se apresentar e colocar, simbolicamente, dentro do coração um sentimento que deseja compartilhar com os outros participantes. Em seguida, deverá passar o coração para o participante ao seu lado que fará o mesmo, e assim até que todos os participantes tenham realizado a sua apresentação.

## **Recursos Didáticos Utilizados:**

### **Modelo do Convite :**



## **Convite !!!**

Estamos lhe convidando para uma  
atividade de despedida de nosso  
estágio, que acontecerá no dia  
22/10/2004, na Sala de Estar da

Unidade B, do Instituto de Cardiologia  
no horário compreendido entre 9:30- 10:15 hs.

Pretendemos encerrar nossas atividades de forma  
divertida e descontraída, com dinâmicas de integração e  
motivação.

**VENHA PARTICIPAR E SE DIVERTIR. PARA NÓS A SUA  
PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE!!!**

Promoção: Acadêmicas de Enfermagem: Aline, Gisele e Katiuscia - UFSC.



## APÊNDICE K

*Folder sobre o Fumo*

## COMO O FUMO PREJUDICA O SEU CORAÇÃO?

O cigarro contém substâncias como a **Nicotina** e o **Monóxido de Carbono** que contribuem para o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares.

A nicotina aumenta o número das batidas do coração, exigindo dele um trabalho maior e mais intenso. A nicotina ainda diminui a luz dos vasos sanguíneos, aumentando a pressão arterial (como se colocássemos o dedo para fechar uma mangueira e aumentar a força com que a água sai).

O coração, como todos os outros órgãos, necessita de nutrientes e oxigênio para trabalhar. O monóxido de carbono diminui a quantidade de  $O_2$  que chega ao coração, reduzindo a força de suas batidas.

Como vimos, o fumo prejudica gravemente o coração, além de dificultar a cicatrização das feridas e “engrossar” o

sangue, o que favorece a formação de elementos que podem obstruir os vasos sanguíneos, gerando a trombose, o infarto ou o derrame cerebral.

### **Se você deseja ter um coração saudável, veja algumas dicas para ajudá-lo a parar de fumar:**

☞ O ideal é parar de fumar definitivamente – marque um dia e lembre-se dele como um dia de vitória;

☞ Caso não consiga parar de uma única vez, reduza o número de cigarros de acordo com suas possibilidades;

☞ Não carregue o maço de cigarros com você – sinta o benefício para a sua saúde e para o seu bolso;

☞ Procure ocupar-se voltando a sua energia para atividades que lhe proporcionam prazer;

☞ Beba muito líquido (água, sucos, chás). Evite café, chá preto e bebidas alcoólicas – são gatilhos para o desejo de fumar;

☞ Quando sentir vontade de fumar, procure mastigar algo (maçã, canela em pau, palitos de cenoura, cravo, gengibre);

☞ Guarde o dinheiro que você compraria o cigarro e ao final de uma semana compre um presente para você, com o dinheiro economizado;

☞ Procure um grupo de ajuda mútua ou converse com alguém quando sentir vontade de fumar,

☞ Se com as dicas acima ainda não conseguir parar, informe-se com seu médico sobre as placas adesivas de nicotina e medicamentos.



Parar de fumar é muito difícil, mas não desanime! O esforço é grande e não depende de magia, somente da sua força de vontade!



**CORAGEM E NÃO DESISTA!!!**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**AUTORAS:**

Aline Costa da Silva

47 9918-9232

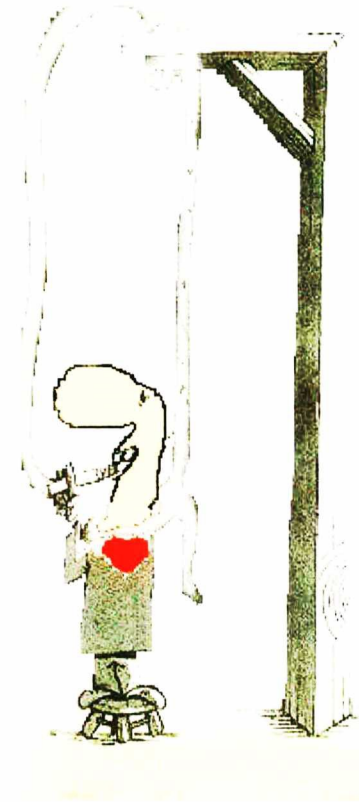
Gisele Germano Torres

47 9134-7736

Katiuscia Graziela Pereira

48 9915-2980

**CIGARRO  
X  
CORAÇÃO**



**DICAS PARA PARAR  
DE FUMAR**



## APÊNDICE L

*Folder sobre o Alimentação*

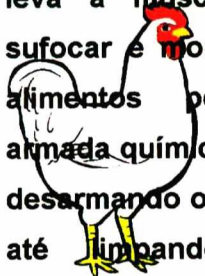
## ALIMENTOS:

### O MELHOR REMÉDIO PARA A SAÚDE DO SEU CORAÇÃO

Nas doenças cardíacas, os alimentos são os principais jogadores. Eles podem estimular processos destrutivos que estreitam e enrijecem as artérias, facilitando a formação de coágulos sangüíneos que leva a musculatura do coração a sufocar e morrer. Por outro lado, os alimentos podem propiciar uma armadilha química que circula no sangue desarmando os inimigos das artérias e até limpando alguma de suas perigosas obras das paredes arteriais.

Uma alimentação saudável é aquela onde existe uma variedade de alimentos. Mas cuidado! Nem sempre um prato de alimentos variados garante uma dieta adequada para o seu coração.

Veja o que você pode comer e o que deve evitar na sua alimentação.



Você pode comer todos os tipos de peixes, como por exemplo, tainha, sardinha e corvina. Consuma-os, de preferência, grelhados ou assados.



Prefira carnes magras ou frango sem pele. Retire toda a gordura visível. Modere no consumo de ovos.

Procure substituir a gordura animal (banha de porco, manteiga) pelos óleos vegetais (girassol, milho, soja, azeite de oliva). Modere a margarina.



Consuma leite desnatado, iogurte desnatado, queijo branco (ricota, coalhada, minas). Modere nos requeijões, nata e queijos industrializados.



Utilize farinha integral, cereais integrais (aveia, farelo, granola), farinha de milho, arroz e macarrão integral, pães e bolachas integrais.

Dê preferência por gelatinas, sorvetes e pudins Light (com pouca quantidade de gordura).

Consuma todos os tipos de vegetais (ervilha,



feijão, milho verde, vagens, lentilhas). Aipim e batatas cozidas ou assadas - coma a casca sempre que puder.



Não esqueça de comer também, frutas e verduras como morango, maçã, banana, laranja, cenoura, berinjela, espinafre e tomate...

Beba água, sucos de frutas naturais, sopas de vegetais caseira.

### PARA SEU CORAÇÃO NÃO SE TORNAR SEU INIMIGO, EVITE:



Maionese, creme de leite, leite e iogurte integral, manteiga e queijos cremosos.

Pães do tipo croissants, brioques, bolachas recheadas e massas industrializadas.

Carnes gordurosas, bacon, torresmo, vísceras (fígado, coração, moela, rins), embutidos (lingüiça, salsicha, tocinho), frios (mortadela, presunto, salame), crustáceos (camarão) e ova de peixe.



Açúcar e doces como, chocolates, leite condensado, tortas e bolos.



Bebidas alcoólicas, refrigerante, café, chá preto, chimarrão e sopas de pacotinho.

Frituras como, batata e ovo fritos, salgadinhos.

Usar o sal em excesso e temperos artificiais no preparo dos alimentos. Prefira temperos naturais como salsinha, cebola, orégano, hortelã, limão, alho e cominho.

Conservas como pepino, azeitona e palmito. Temperos como Catchup, mostarda e molho Shoyu.

**Seguir uma dieta adequada não significa renunciar aos alimentos mais gostosos, basta prepará-los de forma diferente e incorporar novos hábitos.**

Uma boa dieta deve ser planejada individualmente, baseada na alimentação habitual de cada um.



**Evite “Dietas Milagrosas”!!!**

Você se sente bem e saudável?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

#### **AUTORAS:**

Aline Costa da Silva

47 9918-9232

Gisele Germano Torres

47 9134-7736

Katiuscia Graziela Pereira

48 9915-2980

## **FIQUE DE OLHO NA SUA ALIMENTAÇÃO**



## **SEU CORAÇÃO AGRADECE!!!**



DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

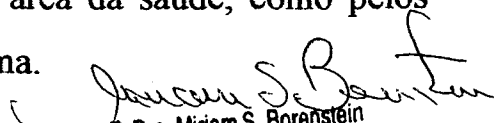
Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Trata-se de um trabalho de grande relevância científica e cultural, considerando que as Doenças Arteriais Coronarianas (DAC) tem se caracterizado como a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e até mesmo, mundial. Além disso, poucos trabalhos tem sido realizados sobre o tema, no contexto do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, e tem enfatizando esta problemática, buscando alternativas terapêuticas para resolução dos problemas enfrentados pelos clientes, tanto à nível hospitalar, como fora dele.

As autoras (Aline, Gisele e Katiúscia) conseguiram se apropriar da Teoria do Autocuidado, de Dorotéia Elisabeth Orem, utilizando-a de forma bastante adequada, ou seja, de acordo com as necessidades de autocuidado do clientes e de suas capacidades para a execução de ações correspondentes. Essa Teoria se mostrou bastante pertinente com a proposta do estudo e forneceu consistência ao mesmo.

O trabalho apresenta segundo Carper (1978), características dos quatro padrões de conhecimento, ou seja: conhecimento empírico, conhecimento estético, conhecimento ético e finalmente o conhecimento pessoal.

Por todos os aspectos relacionados, recomendo a leitura dessa obra, tanto pelos alunos dos Cursos de Graduação da área da saúde, como pelos profissionais, clientes e demais interessados no tema.

  
Prof.ª Dra. Miriam S. Borenstein  
COREN-SC 11.321  
NFR - UFSC